

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Sociedade e Ambiente - SaSA

Alexandre Lopes Fonseca

**ENTRE O CULTURAL E O PATOLÓGICO: análise psicossociocultural do suicídio em
comunidades indígenas brasileiras**

Diamantina/MG
2020

Alexandre Lopes Fonseca

ENTRE O CULTURAL E O PATOLÓGICO: análise psicossociocultural do suicídio em comunidades indígenas brasileiras

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho

Diamantina/MG

2020

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F676e Fonseca, Alexandre Lopes.
Entre o cultural e o patológico: análise psicossociocultural do
suicídio em comunidades indígenas brasileiras / Alexandre
Lopes Fonseca, 2020.
80 p.

Orientador: Marivaldo Aparecido de Carvalho

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Saúde,
Sociedade e Ambiente - Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020.

1. Comunidades indígenas brasileiras. 2. Cultura. 3. Saúde
Mental. 4. Suicídio. 5. Sistema Único de Saúde. I. Carvalho,
Marivaldo Aparecido. II. Título. III. Universidade Federal dos
Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 362.2

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa – CRB6/2972

ALEXANDRE LOPES FONSECA

**ENTRE O CULTURAL E O PATOLÓGICO: análise psicossociocultural do
suicídio em comunidades indígenas brasileiras**


Dissertação apresentada ao
MESTRADO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E AMBIENTE, nível de
MESTRADO como parte dos requisitos
para obtenção do título de MESTRE
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE

Orientador (a): Prof. Dr. Marivaldo
Aparecido De Carvalho

Data da aprovação : 06/03/2020



Prof. Dr. MARIVALDO APARECIDO DE CARVALHO - UFVJM



Prof. Dr.ª ROSANA PASSOS CAMBRAIA - UFVJM



Prof. Dr.ª SILVIA REGINA PAES - UFVJM



Prof. Dr. ACHILLES GONÇALVES COELHO JUNIOR - UNIFIPMOC



Prof. Dr.ª ANA CAROLINA LANZA QUEIROZ - UFVJM

DIAMANTINA

Esta dissertação é inteiramente dedicada, do início ao fim, do insight à forma construída, à minha família, por me incentivar, me apoiar e me acompanhar nesta árdua e bela travessia...

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses anos de estudos e de formação profissional, tive o privilégio e, em muitos momentos, a grata surpresa de contar com pessoas e instituições que me fizeram ser a pessoa que sou hoje, que me apresentaram um mundo novo e cheio de incertezas e de experiências únicas.

Nenhuma palavra aqui inscrita seria capaz de mensurar a gratidão pelo apoio e suporte da minha família, em especial ao meu pai Luiz, à minha mãe Maria Rozane, exemplo de mulher guerreira e amiga, ao meu irmão Lauro e ao meu doce e amado afilhado Luiz Gustavo. Acrescento aqui a beleza da possibilidade de se fazer família aqueles que nos acolhem e abrem espaço para que tudo se transforme em momentos de companhia, atenção e apoio: ao Félix, o meu sentimento de profunda gratidão.

Agradeço, em especial, ao professor Marivaldo, pelos momentos de aprendizado, orientação, paciência e escuta: nossas orientações e conversas serão sempre fonte de inspiração em minhas jornadas.

Agradeço aos membros da banca de qualificação, à professora. Dra. Rosana Passos Cambraia, à professora Dra. Sílvia Regina Paes e à professora Dra. Cristiane Rocha Fagundes Moura, pelas orientações e colaborações neste trabalho.

Agradeço ainda aos membros da banca de defesa, ao professor Dr. Achilles Gonçalves Coelho Júnior, à professora Dra. Ana Carolina Lanza Queiroz e, novamente, à professora. Dra. Rosana Passos Cambraia e à professora Dra. Sílvia Regina Paes: as suas orientações foram fundamentais e essenciais neste processo de formação.

Aos colegas e amigos de trabalho da política de prevenção à criminalidade: com vocês, o exercício diário de acolhimento e empatia me davam forças para prosseguir nesta dupla jornada de estudos e trabalho. À Vanessa, minha amiga e “chefa”: parte desta conquista devo a você.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente por proporcionar momentos de intenso aprendizado que estarão para sempre marcados em mim: aos mestres, colegas e amigos, obrigado pelos momentos de felicidade que em breve se tornarão saudades.

Por fim, agradeço à Pro-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFVJM, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais por oportunizar a realização desta pesquisa e à Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

*Meu canto de morte,
Guerreiros, ouvi:
Sou filho das selvas,
Nas selvas cresci;
Guerreiros, descendo
Da tribo tupi.*

*Da tribo pujante,
Que agora anda errante
Por fado inconstante,
Guerreiros, nasci:
Sou bravo, sou forte,
Sou filho do norte;
Meu canto de morte,
Guerreiros, ouvi.*

(...)

*E os campos talados,
E os arcos quebrados,
E os piagas coitados
Já sem maracás;
E os meigos cantores,
Servindo a senhores,
Que vinham traidores,
Com mostras de paz.*

(...)

*Não vil, não ignavo,
Mas forte, mas bravo,
Serei vosso escravo:
Aqui virei ter.
Guerreiros, não coro
Do pranto que choro;
Se a vida deploro,
Também sei morrer.*

Trecho do poema “I-Juca Pirama”, de Gonçalves Dias.

RESUMO

O suicídio corresponde a um fenômeno universal, cujos registros datam desde os primórdios da humanidade, assumindo variadas nuances interpretativas, dependendo do contexto histórico e sociocultural analisados. Trata-se de um tema cuja abordagem é complexa e multifacetada, uma vez que o ato suicida resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos, culturais e socioambientais. No âmbito da análise do suicídio na contemporaneidade, a alta incidência de casos em determinadas comunidades indígenas brasileiras, sobretudo entre a população de adolescentes e adultos jovens, revela-se um sério problema de saúde pública, que demanda discussões e, sobretudo, ações urgentes do poder público. Nesse sentido, o presente estudo buscou investigar o suicídio entre indígenas brasileiros, numa perspectiva interdisciplinar, considerando as dimensões sociopolíticas, culturais e psicopatológicas desse fenômeno. Em termos metodológicos, trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritivo-exploratória, viabilizada por meio de consulta de fontes secundárias de dados. Além de referências clássicas, como os estudos de Émile Durkheim, Karl Marx, George Minois e Darcy Ribeiro, o *corpus* de análise do texto também foi composto por artigos de revisão, publicados entre 1990 e 2018, extraídos de bases de bases eletrônicas de pesquisa, como a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e publicações indexadas no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil), utilizando-se os descritores “Saúde Mental Indígena” e “Suicídio Indígena”. O levantamento de dados apontou que o suicídio em comunidades indígenas brasileiras apresenta características epidêmicas, cujos casos concentram-se, sobretudo, mas não exclusivamente, na etnia Guarani-Kaiowá. Aspectos relacionados à perda dos seus territórios tradicionais (*tekoha*) e respectiva destituição do lugar simbólico e representacional que compõe a identidade desses povos e que lhes atribui sentido existencial, podem ser apontados como possíveis causas da crescente incidência de mortes autoprovocadas nessa população. Soma-se a isso a negligência do poder público no tocante à garantia de direitos fundamentais a esses povos. Por fim, verificou-se a escassez de pesquisas sobre o tema analisado, evidenciando a necessidade de mais pesquisas que contemplem comunidades indígenas e outros povos tradicionais, visando contribuir com a formulação de políticas e estratégias de assistência em saúde mental a essas populações.

Palavras-chave: Comunidades indígenas brasileiras. Cultura. Saúde Mental. Suicídio. Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

El suicidio corresponde a un fenómeno universal, cuyos registros datan del comienzo de la humanidad, asumiendo varios matices interpretativos, dependiendo del contexto histórico y sociocultural analizado. Es un tema cuyo enfoque es complejo y multifacético, ya que el acto suicida resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales y socioambientales. En el contexto del análisis del suicidio contemporáneo, la alta incidencia de casos en ciertas comunidades indígenas brasileñas, especialmente entre la población de adolescentes y adultos jóvenes, se revela como un grave problema de salud pública, que exige debates y, sobre todo, acciones urgentes por parte del poder público. En este sentido, el presente estudio pretendió investigar el suicidio entre indios brasileños, desde una perspectiva interdisciplinaria, considerando las dimensiones sociopolíticas, culturales y psicopatológicas de este fenómeno. En términos metodológicos, se trata de una revisión narrativa de la literatura, de naturaleza descriptiva-exploratoria, realizada mediante la consulta de fuentes de datos secundarios. Además de las referencias clásicas, como los estudios de Émile Durkheim, Karl Marx, George Minois y Darcy Ribeiro, el cuerpo de análisis de texto también fue conformado por artículos de revisión, publicados entre 1990 y 2018, extraídos de bases de datos electrónicas, tales como la base de datos de *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud* (LILACS) y las publicaciones indexadas en la *Biblioteca Científica Electrónica en Línea* (SciELO Brasil), utilizando los descriptores "Salud mental indígena" y "Suicidio indígena". La recopilación de datos mostró que el suicidio en las comunidades indígenas brasileñas tiene características epidémicas, cuyos casos se concentran principalmente, pero no exclusivamente, en el grupo étnico Guaraní-Kaiowá. Los aspectos relacionados con la pérdida de sus territorios tradicionales (*tekoha*), y la respectiva eliminación del lugar simbólico y representativo que conforma la identidad de estos pueblos, y que les da un sentido existencial, pueden señalarse como posibles causas de la creciente incidencia de autolesiones en esta población. A esto se suma la negligencia de las autoridades pública con respecto a la garantía de los derechos fundamentales de estas comunidades. Finalmente, se encontró que investigaciones sobre el tema analizado fueron escasas, por lo que resulta necesario realizar más investigaciones que incluyan comunidades indígenas y otros pueblos tradicionales, con el objetivo de contribuir a la formulación de políticas y estrategias de asistencia de salud mental para estas poblaciones.

Palabras clave: Comunidades indígenas brasileñas. Cultura. Salud mental. Suicidio. Sistema Único de Salud.

ABSTRACT

Suicide corresponds to a universal phenomenon, whose records date from the beginning of humanity, assuming many interpretive degrees, depending on the historical and socio-cultural context analyzed. It is a very complex and multifaceted theme, as the suicidal act results from the interaction of biological, psychological, cultural and socio-environmental factors. In the context of contemporary suicide analysis, the high incidence of cases in certain Brazilian Indigenous Communities, especially among the population of adolescents and young adults, reveals itself to be a serious public health problem, which demands discussions and, above all, urgent actions by the public Power. Considering the fact, the study sought to investigate suicide among Brazilian Indians, in an interdisciplinary perspective, considering the socio-political, cultural and psychopathological dimensions of the phenomenon. In methodological terms, it is a literature narrative review, with a descriptive-exploratory nature, made possible through consultation of secondary data sources. In addition to classic references, such as the studies by Émile Durkheim, Karl Marx, George Minois and Darcy Ribeiro, the text analysis body was also composed of articles, published between 1990 and 2018, extracted from electronic research data bases, such as *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS) and publications indexed in the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brazil), using the key words “Indigenous Mental Health” and “Indigenous Suicide”. The data survey showed that suicide in Brazilian Indigenous Communities has epidemic characteristics, whose cases are mainly concentrated, but not exclusively, in the Guaraní-Kaiowá ethnic group. Aspects related to the loss of their traditional territories (*tekoha*), and the removal of the symbolic and representational place that makes up the identity of these persons, provides the Indigenous population an existential sense, and can be highlighted as possible causes of the increasing incidence of self-harm to them. Additionally, there is the public authorities’ negligence regarding to the fundamental rights guarantee for these specific community. In conclusion, the research resulted in a necessity to investigate more about the subject due to the lack of information that includes Indigenous Communities and other traditional groups. The study will contribute to the formulation of policies and strategies of mental health assistance to the population.

Keywords: Brazilian indigenous communities. Culture. Mental health. Suicide. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Imagem 01: <i>Desperatio</i> , de Giotto (1303-1308)	22
Quadro 01 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2010	39
Quadro 02 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2011	40
Quadro 03 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2012	41
Quadro 04 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2013	42
Quadro 05 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2014	43
Quadro 06 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2015	44
Quadro 07 – Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2016	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Academia Brasileira de Psiquiatria
CAPES	Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Código Internacional de Doenças
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ERA	I Encontro da Rede de Articulação: Psicologia, Povos Indígenas, Quilombolas, de Terreiro, Tradicionais e em luta por território
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FIEI/UFMG	Formação Intercultural de Educadores Indígenas pela Universidade Federal de Minas Gerais
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 METODOLOGIA	17
4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	18
4.1 Aspectos conceituais do suicídio numa perspectiva interdisciplinar	18
4.2 Aspectos históricos da morte voluntária: da antiguidade à contemporaneidade	21
4.3 O suicídio na perspectiva de Èmile Durkheim, Karl Marx e Albert Camus	27
4.4 O suicídio na contemporaneidade: uma questão de saúde pública	31
5 O SUICÍDIO INDÍGENA E SUAS DIMENSÕES SOCIOPOLÍTICAS E CULTURAIS	35
5.1 A epidemia de suicídio indígena no Brasil e suas implicações sociopolíticas	35
5.2 Perfil epidemiológico do suicídio em comunidades indígenas no Brasil.....	37
5.3 A etnia Guarani-Kaiowá e sua relação com os <i>tekoha</i>	46
5.4 Aspectos culturais e suas implicações no suicídio indígena	50
6 A SAÚDE MENTAL EM COMUNIDADES INDÍGENAS.....	55
6.1 Assistência à saúde indígena no Brasil e suas bases históricas	55
6.1.1 Assistência à saúde indígena no Brasil: da Colônia à República.....	56
6.2 Saúde mental indígena: relação entre corpo, espírito e territorialidades.....	59
6.3 Estratégias de prevenção à morte autoinfligida em populações indígenas	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	76

1 INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde revelam crescimento na taxa de mortalidade por suicídio entre jovens indígenas brasileiros. Segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), de 2000 até 2016, 782 indígenas tiraram suas vidas apenas no Mato Grosso do Sul, sendo que a maioria das vítimas foram indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos (CIMI, 2017).

O suicídio indígena representa uma temática complexa, abrangendo diversas nuances interpretativas, que não podem ser apresentadas a partir de explicações simplistas ou reducionistas. Não há uma causa definida para o aumento de suicídios entre índios brasileiros, mas um conjunto multifatorial de prováveis causas que envolvem aspectos biológicos, psicológicos, políticos, econômicos, sociais, antropológicos e culturais.

Dada à multifatorialidade causal do assunto em pauta, cabe ao investigador estabelecer a perspectiva pela qual tratará o problema. Neste estudo, especificamente, buscou-se refletir sobre os aspectos multifatoriais que envolvem os atos suicidas em comunidades indígenas brasileiras.

É oportuno ressaltar que a pesquisa em questão faz parte do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). A partir da linha de pesquisa “Educação, cultura e saúde”, propõem-se a discussão de aspectos antropológicos e sociais nas práticas de saúde, bem como a diversidade cultural.

Cabe ressaltar que abordagem interdisciplinar busca suplantiar a fragmentação no processo de aquisição e socialização do conhecimento, reorganizando-o a partir de uma visão integrativa dos saberes (MANGINI; MIOTO, 2009).

Um dos pontos de partida de análise é a dimensão cultural e antropológica desse fenômeno. Nesse sentido, buscou-se o entendimento das simbologias e das representações míticas que o suicídio assume especificamente entre os índios pertencentes à etnia Guarani-Kaiowá.

Com o intuito de nortear a coleta e seleção dos dados bibliográficos, formulou-se a seguinte questão central de pesquisa: quais aspectos psicossocioculturais podem estar associados ao aumento de suicídio em comunidades indígenas brasileiras?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

➤ Realizar estudo sobre o suicídio em comunidades indígenas brasileiras, numa perspectiva interdisciplinar, considerando as dimensões sociopolíticas, culturais e psicopatológicas desse fenômeno.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar o perfil epidemiológico do suicídio em comunidades indígenas brasileiras;
- Identificar fatores relacionados às ocorrências de suicídio entre indígenas, considerando aspectos sociopolíticos, culturais e psicopatológicos;
- Contribuir, no âmbito acadêmico-científico, com a discussão acerca do suicídio indígena e fornecer subsídios teóricos para a elaboração de estratégias e políticas públicas voltadas para assistência em saúde mental a essa população.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi concebido metodologicamente a partir de uma revisão narrativa da literatura. Para tanto, recorreu-se a fontes secundárias de dados, como livros, artigos publicados em periódicos impressos e *online*, além de legislações específicas que nortearam e subsidiaram a fundamentação teórica do tema.

A revisão narrativa da literatura consiste num método de pesquisa que possibilita a descrição e discussão do desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual. Tais revisões constituem basicamente na “análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica e pessoal do autor” (ROTHER, 2007, p.01). Nesse sentido, esse tipo de revisão contribui no debate de determinadas temáticas, problematizando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento.

Na tentativa de responder a questão norteadora desta pesquisa (quais aspectos psicossocioculturais podem estar associados ao aumento estatístico de suicídio em comunidades indígenas brasileiras?) e atender aos objetivos específicos propostos, recorreu-se a obras de notável importância no âmbito dos estudos acerca do suicídio, dentre as quais se destacam “O Suicídio”, de Émile Durkheim, “Sobre o Suicídio”, de Karl Marx, “História do Suicídio”, de George Minois, “O Mito de Sísifo” de Albert Camus, além de legislações aplicadas à saúde pública, com enfoque no atendimento às demandas de comunidades indígenas brasileiras. Os artigos de revisão também compuseram o *corpus* de análise do texto. Para selecioná-los, recorreu-se às bases eletrônicas de pesquisa, como a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e publicações indexadas no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil).

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os descritores: “Saúde mental indígena” e “Suicídio indígena”. O período de abrangência do levantamento bibliográfico considerou as publicações entre 1990 a 2018.

Devido a limitação de pesquisas sobre suicídio indígena no Brasil, optou-se pela realização da coleta do material de forma não sistemática, de modo a não restringir o material de consulta a um número reduzido de publicações, o que comprometeria a própria abordagem do tema.

Após a seleção do material, os textos foram lidos na íntegra e articulados criticamente com a discussão acerca do tema proposto.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

4.1 Aspectos conceituais do suicídio numa perspectiva interdisciplinar

Neste capítulo, realiza-se uma abordagem conceitual e histórica do suicídio, com enfoque nas diversas perspectivas de compreensão acerca desse complexo fenômeno ao longo dos tempos. Abordam-se os conceitos e antecedentes históricos atribuídos à morte voluntária, com respaldo nas obras '*O Suicídio*', de Émile Durkheim, '*Sobre o Suicídio*', de Karl Marx, '*O Mito de Sísifo*', de Albert Camus, e '*História do Suicídio*', de George Minois, além de outras referências bibliográficas referentes aos dados epidemiológicos do suicídio.

Na perspectiva de Minois (1998), o suicídio é um fenômeno universal, cujos registros datam desde a antiguidade. Como todo fenômeno social, atribuem-se à morte autoinfligida diferentes significações, em distintos períodos históricos e contextos socioculturais. No decorrer dos tempos, a narrativa sobre o suicídio aparece nos mitos das sociedades primevas, perpassando pela Idade Média, época em que atentar contra a própria vida era um ato duramente rechaçado pela religião cristã.

Conforme Dantas (2005), a Enciclopédia Delta de História Geral relata que, no ano de 2.500 a.C, na cidade de Ur, região da Mesopotâmia, várias pessoas consumiram uma bebida envenenada e se deitaram à espera da morte. Em escrituras religiosas, como a Bíblia, por exemplo, narram-se suicídios de personagens, como Sansão, Saul e Judas Iscariotes.

O suicídio também é tema de interesse da literatura e da filosofia, constituindo-se num dos assuntos mais profundos e inquietantes, por suscitar questionamentos que conduzem o homem a refletir sobre o sentido da vida e sobre a experiência da morte, questões filosóficas que constituem o cerne da existência humana. Para ilustrar a relevância do tema, convém destacar que, na obra *O Mito de Sísifo*, Albert Camus é categórico ao afirmar que “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia” (CAMUS, 1942, p. 7).

A discussão acerca do suicídio é complexa e multifacetada, uma vez que o ato suicida resulta de uma intrincada interação de fatores biológicos, psicológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, o tratamento dado a esse assunto exige uma abordagem interdisciplinar, tendo em vista a variedade de causalidades e de nuances interpretativas do fenômeno, sobretudo quando se insere em contextos culturais específicos, como as comunidades indígenas. Nesse sentido,

O suicídio além de ser um importante problema em determinados contextos nacionais e ocorrer em grupos especialmente vulneráveis, parece ser um daqueles objetos de interesse do campo da saúde coletiva rebelde aos limites disciplinares, na medida em que deve ser compreendido como um fenômeno complexo de natureza histórica, cultural, individual e coletiva, e que se expressa numa síntese biopsicossocial. Dessa forma, os saberes oriundos de diferentes disciplinas, dentre elas a saúde mental, a epidemiologia e a antropologia, parecem ser necessários para desenvolver uma abordagem que dê conta da complexidade da temática do suicídio indígena (SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 1065).

É oportuno ressaltar que a pertinência da interdisciplinaridade para este estudo advém do fato de “servir como ponto de vista privilegiado, onde fatores internos às ciências somados aos aspectos sociais são resultados da ultrapassagem das fronteiras disciplinares para formar pessoas com visão ampla da sociedade” (ROCHA, 2001, p.9).

Na perspectiva de Rocha (2001), percebe-se que pensar a problemática do suicídio e, especificamente sobre a morte voluntária em comunidades indígenas brasileiras, numa abordagem interdisciplinar, implica o reconhecimento das dimensões biológicas, psíquicas, antropológicas e socioculturais desse fenômeno, com enfoque no diálogo entre distintas áreas do conhecimento, como psicologia, sociologia, antropologia, psiquiatria, ampliando a compreensão do objeto de análise e evitando conclusões reducionistas e etnocêntricas a seu respeito.

No tocante à conceituação, o termo “suicídio” surge no século XVII, num contexto de evolução do pensamento e da efervescência de debates sobre o assunto. Antes disso, existiam algumas expressões para se referir ao ato da morte voluntária, tais como “ser homicida de si mesmo”, “ser criminoso de si mesmo”, “derrotar-se”. Na França, a palavra “suicídio” se impõe em meados do século XVIII, usada de forma pleonástica e redundante (suicidar-se). Na Inglaterra, a forma verbal não existia; passou-se a usar o substantivo “suicídio”, acompanhado de um verbo de ação (cometer suicídio, por exemplo). Ainda no século XVIII, o termo passa a ser incorporado aos léxicos espanhol, italiano e português (MINOIS, 1998).

Quanto ao uso, o termo “suicídio” foi primeiramente empregado pelo abade francês René Louiche Desfontaines (em 1734 ou 1737), referindo-se ao “assassinato ou morte de si mesmo” com a seguinte etimologia: *sui* = si mesmo; *caedes* = ação de matar. O termo “autocídio” também foi incorporado ao léxico, como sinônimo de suicídio, embora seja pouco usual (KUCZYNSKI, 2014).

Émile Durkheim, na obra *Le Suicide (O Suicídio)*, apresenta a seguinte definição para o termo:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2011, p.14).

A definição apresentada por Durkheim atribui ao ato suicida a possibilidade de ser executado apenas pelo ser humano, visto que este, ao contrário dos animais ditos irracionais, segundo Durkheim (2011) possui a consciência da sua própria finitude e dos meios capazes de produzi-la.

Esse mesmo entendimento é observado por Georges Minois, ao argumentar que “apenas o homem se mostra capaz de refletir sobre a própria existência e tomar a decisão de prolongar ou pôr-lhe um fim” (MINOIS, 1998, p. 9).

Do ponto de vista biológico, a Academia Brasileira de Psiquiatria (ABP), conceitua o suicídio como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (ABP, 2014, p.9).

Para efeito de classificação e diagnóstico, nos casos em que se concretiza a tentativa, sendo esta consumada ou frustrada, utiliza-se a terminologia *lesões autoprovocadas intencionalmente*, as quais correspondem aos códigos X-60 a X-84 do Código Internacional de Doenças – CID 10 (BRASIL, 2015).

Cumprе salientar que algumas definições propostas para a morte voluntária situam o suicida como responsável absoluto pelo ato autodestrutivo, desconsiderando aspectos biopsicossociais que também podem ser apontados como motivadores da decisão de pôr fim à própria vida (MELEIRO *et. al.*, 2004).

Portanto, embora sejam importantes e constituam um ponto de partida para a análise do fenômeno, os conceitos podem não ser suficientes para elucidar os aspectos etiológicos do suicídio.

O suicídio, em decorrência da sua complexidade fenomenológica, apresenta diversas dimensões que somente uma abordagem multidisciplinar é capaz de abarcá-las e interpretá-las. Nesse sentido, a interdisciplinaridade desponta como instrumento importante ao pesquisador no âmbito das pesquisas em ciências sociais.

No caso específico do assunto em pauta, faz-se necessária uma imersão na história, na sociologia, na antropologia e noutras áreas do conhecimento para ampliar a compreensão dos possíveis aspectos causais do aumento tão expressivo de suicídios indígenas no Brasil.

4.2 Aspectos históricos da morte voluntária: da antiguidade à contemporaneidade

Silenciamentos, tabus e preconceitos marcam a história do suicídio ao longo dos tempos, instaurando uma atmosfera de incômodo na abordagem desse assunto.

O tratamento historiográfico dado à morte voluntária caracteriza-se por lacunas temporais decorrentes, sobretudo, da escassez de registros documentais dedicados ao suicídio. Isso ocorre, em grande parte, pelo fato de que as mortes autoinfligidas não recebiam (e em alguns aspectos ainda não recebem) a mesma abordagem que as mortes naturais. Durante muito tempo, diversos suicídios eram sequer notificados, o que impactava negativamente nos levantamentos estatísticos sobre o fenômeno. Assim, ao investigar os antecedentes históricos do suicídio, o pesquisador deve recorrer a fontes variadas, como memórias, jornais, literatura e, inclusive, registros paroquiais e arquivos judiciais, já que, ao longo dos tempos, os suicidas não tinham direito ao enterro religioso e a morte voluntária era considerada um ato criminoso (MINOIS, 1998).

No tocante à forte influência da religião na construção do discurso proibitivo do suicídio, cumpre ressaltar que, conforme aponta Mendes (2015), a partir da análise do texto extraído do jornal impresso “A Estrella Polar”, em março de 1910, houve no Brasil um evento intitulado “Congresso dos Jornalistas Católicos”, cujo intuito foi proibir que jornais publicassem notícias sobre o suicídio e sobre fatos considerados imorais para os padrões sociais da época. Ainda de acordo com a autora, após esse período, as publicações sobre os temas em questão tornaram-se raras, pelo menos no contexto das fontes que compuseram seu estudo.

Ainda sobre a supremacia do discurso religioso cristão, destaca-se que, na Idade Média, a morte voluntária também é compreendida a partir de uma perspectiva moral e sacerdotal, distinguindo o ato suicida a partir da categoria social de quem o cometia. Naquele contexto, o camponês e o artesão recorriam ao suicídio na tentativa de escapar à miséria e ao sofrimento, ao passo que o clérigo e o cavaleiro deixavam-se morrer a fim de humilhar e frustrar o infiel com o seu triunfo.

A moral dominante, que é da elite, sanciona essa diferença de motivos e meios; o primeiro tipo de suicídio, assimilado a um ato de covardia e de fuga, é severamente reprimido pelo suplicio do cadáver, pela recusa de sepultura em terra sagrada, pela certeza da condenação eterna e confiscação dos bens. O segundo tipo, considerado como um acto corajoso de acordo com a honra cavaleiresca ou como manifestação de uma fé inabalável até ao martírio, é apontado como modelo. A sociedade medieval, dirigida por uma casta militar e sacerdotal, mostra-se assim de acordo consigo mesma e ergue como norma moral o ideal cavaleiresco e a busca do

sacrifício cristão (MINOIS, 1998, p. 19).

Na perspectiva de Minois (1998), observa-se, na Idade Média, uma visão matizada acerca do suicídio, uma vez que, muito além do ato em si, o que importa são as motivações, a origem e a posição social do suicida. Assim, o suicídio dos nobres, independente da causa, era considerado um ato de coragem, devendo ser honrado e respeitado. Em contrapartida, a morte voluntária dos homens “rústicos” era severamente reprimida, sendo seus corpos mutilados, arrastados nus em praça pública e proibidos de receberem ritos funerários e sepultamento em terras ditas sagradas. Essas práticas se sustentavam na ideia de que o suicídio do pobre camponês era motivado por um condenável vício induzido pelo diabo – o *desperatio*, ou desespero, ao passo que o desespero dos nobres é representado pela ira da mulher que rasga suas vestes, situações representadas nas telas pintada por Giotto, datada de 1303-1308, conforme ilustra a Figura 01 a seguir:

Figura 01: *Desperatio*, de Giotto (1303-1308).



Fonte: <<http://www.ibamendes.com/2011/03/o-suicidio-na-idade-media.html>>. Acesso em: 13 maio 2019.

Ao interpretar a Figura 01, percebe-se que a personagem à esquerda apresenta-se com os punhos cerrados, corda envolta ao pescoço, tendo sua cabeça içada por uma espécie de

gancho puxado por uma figura demoníaca, aludindo à condenação da alma daqueles que põem fim à própria vida, conforme crença religiosa vigente na Idade Média e que norteou o pensamento cristão ocidental durante um longo período histórico. Embora não constitua o foco desta pesquisa, é interessante observar que, em ambas as situações, a figura feminina é utilizada para representar a ira, o desespero e a violência autoprovocada, aspecto que alude à preconceituosa visão histórica e socialmente construída de que a mulher é instável e descontrolada emocionalmente.

Cumpre salientar a influência do discurso religioso cristão na construção dos tabus relativos ao suicídio, como a ideia da condenação da alma do suicida. Nesse sentido, uma das exemplificações ambíguas sobre o suicídio e presentes na era medieval e que repercutiu como herança cultural ocidental refere-se ao “sacrifício altruísta” de Cristo. Considerando que Jesus era onisciente sobre sua própria morte e, ainda assim, nada fez para evitá-la, tal postura não configuraria um ato suicida, ainda que de cunho altruísta? Essa questão embarçou teólogos medievais, instaurando uma ambiguidade permanente, visto que o cristão era convidado a seguir o seu mestre e a sacrificar a própria vida por fidelidade a Deus. Assim, contraditoriamente, a Igreja condenava o suicídio e, paralelo a isso, sacralizava o ato de renúncia à vida em obediência a Deus, conforme exemplo de Cristo (MINOIS, 1998).

Conforme nos relata Minois (1998), além de motivações de ordem moral e religiosa, havia na Idade Média um contexto sociopolítico e econômico que justificava a postura hostil ante ao suicídio. Nesse sentido, observa-se que a expansão dos impérios dependia da preservação da vida humana, seja para suprir a oferta de mão-de-obra, seja como meio de promover o aumento da natalidade, uma vez que a densidade demográfica sofria constantes flutuações em decorrência de guerras, fome e epidemias. Portanto, era necessário empreender todos os esforços no sentido de condenar a prática da morte voluntária, recorrendo inclusive a sanções de ordem moral e econômica que recaiam tanto sobre o cadáver do suicida quanto sobre seus bens, os quais eram confiscados. Assim, além dos motivos de natureza moral e religiosa, havia interesses socioeconômicos que justificavam a forte repressão ao suicídio na era medieval.

O arsenal repressivo e dissuasivo contra o suicídio entra progressivamente em vigor. A pressão da situação econômico-social e política impõe-se à própria moral, para fazer do suicídio um crime contra Deus, contra a natureza e contra a sociedade [...] O suicídio é então castigado mais gravemente do que o crime de um terceiro, que apenas dá lugar ao pagamento de uma multa (MINOIS, 1998, p. 42).

A partir desses argumentos, entende-se que a repressão incisiva ao suicídio

atendia tanto aos interesses da Igreja, que dependia dos fiéis para promover sua expansão, como vinha ao encontro das necessidades da nobreza que dependia de mão-de-obra abundante para promover a expansão dos seus domínios territoriais. Cumpre salientar, também, o fato de que, na época medieval, o suicídio passou a ser punido com mais veemência que o próprio homicídio. Assim, o mero pagamento de uma multa impunha-se como penalidade a quem tirava a vida do outro. Ao cadáver do suicida e aos seus entes enlutados, no entanto, aplicavam-se sanções cruéis, que lhes tiravam a dignidade, além de recursos materiais (MINOIS, 1998).

As sanções impostas ao suicida eram caracterizadas por práticas supersticiosas, cujo intuito era fazer com que esses “pecadores” não voltassem a importunar os vivos. Além disso, havia um forte apelo pedagógico em tais práticas, com o intuito de dissuadir os sujeitos a praticarem o suicídio. Nesse sentido, a literatura aponta relatos de cadáveres de suicidas sendo cruelmente arrastados em público e posteriormente pendurados de cabeça para baixo. Na Inglaterra, enterrava-se o suicida num caminho bem movimentado, preferencialmente numa encruzilhada, por onde havia grande fluxo de pedestres, prendendo-o ao solo com uma estaca de madeira encravada no peito (MINOIS, 1998).

Na Grécia Antiga, o ato suicida estava condicionado a um prévio consenso da comunidade, ou seja, “o Estado tinha o poder de autorizar ou vetar o suicídio, além de induzi-lo. Aqueles que cometiam o ato de forma clandestina não recebiam as honras da sepultura regular, sendo a mão do cadáver amputada e enterrada à parte” (DANTAS, 2005, p. 47).

Essas práticas ilustram a tamanha hostilidade com que era tratado o suicídio. Para a mentalidade do homem medieval,

O suicídio é um gênero de morte maléfica, que ilustra a ação das forças do mal, que dantes eram os espíritos maus, e passou a ser o demônio na cristandade. A execução do cadáver é ao mesmo tempo um ritual de exorcismo e uma prática com efeito dissuasivo, mas é também uma espantosa provação para a família, obrigada a assistir a esse espetáculo público que desonra a linhagem (MINOIS, 1998, p. 48-49).

Segundo Minois (1998), a condenação daqueles que cometem suicídio é um aspecto comumente localizado no discurso religioso. No período renascentista, católicos, luteranos, calvinistas e anglicanos concebiam o suicídio como ato diabólico, considerado um atentado contra o sagrado dom da vida. Entre os primeiros líderes da Igreja Protestante, observava-se um processo de satanização do suicídio, entendido como um crime diretamente praticado pelo diabo:

A afirmação do papel pessoal do diabo nos suicídios encontra-se mesmo nos documentos oficiais e nos depoimentos das testemunhas, bem como nos relatórios de inquéritos feitos pelos “coroners”¹, e isso acontecerá até o século XVII. Por isso, não será de espantar a condenação unânime do suicídio pelos teólogos (MINOIS, 1998, p. 95).

Depreende-se que a concepção do suicídio como ato decorrente de ação diabólica não era observada apenas entre leigos e supersticiosos. Até nos documentos formais da época, o assunto era tratado a partir da perspectiva religiosa e sobrenatural, inexistindo questionamentos acerca das motivações pessoais (desespero, angústia, doença mental) e dos aspectos externos (pestes, guerras, fome, miséria, etc.) que conduziram o sujeito a pôr fim à própria vida (MINOIS, 1998).

O Renascimento trouxe consigo um desenvolvimento do individualismo burguês, manifestando-se nos contextos da economia, religião e cultura. Isso repercutiu sobremaneira no modo como a sociedade passou a se organizar e, conseqüentemente, lidar com determinados assuntos, como o suicídio, por exemplo. Este passa a ser discutido entre pensadores da época, os quais, diante da complexidade desse ato, lançavam questionamentos calcados mais na intelectualidade do que no moralismo cristão. Em contrapartida, a Igreja e o Estado, ameaçados pela efervescência de discussões filosóficas acerca da morte voluntária, reafirmam veementemente o caráter satânico do suicídio, considerado ato de sacrilégio que deve ser fortemente reprimido (MINOIS, 1998).

Nos anos finais do século XIV até meados do século XVI, o problema do suicídio passa a ser atribuído também à loucura. O devaneio é o refúgio, a fuga e a explicação para um mundo sem sentido e absurdo, conduzindo o homem ao desejo de matar-se (MINOIS, 1998).

Por volta de 1586, a abordagem dada ao suicídio muda com o advento do conceito de melancolia, considerada uma doença resultante de desequilíbrio no cérebro. Na época, acreditava-se que o humor melancólico decorria do acúmulo de bÍlis negra, uma espécie de suco espesso em consistência, que se espalhava pelo cérebro e conduzia o indivíduo a ter pensamentos sombrios e melancólicos, predispondo-os ao desejo de matar-se. Com a introdução desse objeto de estudo médico, o suicídio seculariza-se e extrapola os limites impostos pelo discurso religioso repressor (MINOIS, 1998).

Minois (1998) aponta que, em 1621, Robert Burton escreve o tratado *Anatomy of Melanchoholy*, obra na qual propõe que a melancolia acomete, particularmente, pessoas cultas, cujas rumações podem induzi-las a estados mentais melancólicos:

¹

Termo de origem inglesa, com significado equivalente a médico legista, em português.

A tendência suicidária que resulta da melancolia é, pois, uma doença e não um pecado satânico: e assim a obra de Burton marca uma virada no modo de encarar o homicídio de si mesmo, porque essa interpretação secularizada não é de facto do agrado das Igrejas que, na época, reforçam a condenação moral do suicídio. [...] A explicação da melancolia é, apesar de tudo, uma primeira forma de dessacralização e despenalização do suicídio, sobre a qual se poderão apoiar mais tarde os partidários da tolerância (MINOIS, 1998, p. 129).

A melancolia, entendida como doença, escapava ao estreito círculo da teologia e passava a compor objeto de estudo de médicos e filósofos, no contexto do interesse pela compreensão da mente humana, tema que despertava atenção dos estudiosos do século XVI, época na qual se vislumbra o advento da palavra “psicologia” (SCLIAR, 2008).

A partir do século XVIII, com a difusão dos preceitos iluministas, observam-se algumas mudanças no tratamento dispensado à morte voluntária. O suicídio passa a ser cada vez mais discutido na esfera pública, revelando-se um fato social. Toda essa inquietação repercute num elevado número de tratados, ora condenando veementemente a prática, calcados nos dogmas religiosos, ora adotando uma postura mais moderada, porém ainda ambígua e hesitante quanto ao posicionamento diante do assunto (MINOIS, 1998).

Diante da complexidade do ato suicida, emergiam argumentos que buscavam sustentar uma casuística para a morte voluntária. A associação entre suicídio e loucura corresponde a uma dessas linhas de pensamento, conforme se expõe a seguir:

[...] entre muitos filósofos avança a ideia segundo a qual o suicídio é um caso de loucura, ou de mau funcionamento fisiológico, que revela mais da medicina do que da justiça ou da religião. Os trabalhos científicos da época contribuem, pois, para desculpabilizar pouco a pouco o acto suicidário [...] Todos os excessos de paixões ou atividades físicas e mentais são encarados como fenômenos que perturbam o cérebro e podem dar origem à melancolia e mania suicidária (MINOIS, 1998, p. 298).

As discussões filosóficas fomentadas ao longo do século XVIII foram catalisadoras de mudanças no paradigma sobre o suicídio. Ao relacionar o comportamento suicida à melancolia e à loucura, os estudiosos daquela época contribuíram para reduzir, progressivamente, o aspecto culposos da morte voluntária, tendo em vista que esta deixa de ser considerada um crime e passa a ser pensada a partir de uma perspectiva mais biológica e filosófica e menos dogmática e moralista.

Na contemporaneidade, o suicídio tem sido considerado um problema de saúde pública, considerando-se as proporções epidêmicas que o fenômeno tem alcançado em escala mundial.

No Brasil, conforme dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em média 11 mil pessoas cometem suicídio anualmente, correspondendo à quarta maior causa de óbitos entre jovens entre 15 e 29 anos. Nesse contexto, os indígenas apresentam os maiores índices de mortalidade (BRASIL, 2017).

Apesar das estatísticas apontarem para um aumento significativo dos suicídios nas últimas décadas, com prognóstico de uma expansão desses índices nos próximos anos, a morte voluntária ainda é um assunto tabu na nossa sociedade. É possível que o estranhamento e desconforto na abordagem do assunto sejam resquícios de uma cultura ocidental que, ao longo de séculos, tratou a morte como assunto velado, que suscita temores e inquietações existenciais. Soma-se a isso o peso da herança religiosa, sobretudo do Cristianismo, que ao considerar a vida um dom divino e sagrado, reservou àqueles que põem fim à própria existência o pejorativo *status* de pecadores, fracos de fé e indignos de salvação.

O fato é que, não obstante se tratar de um assunto desconfortante e complexo, o suicídio corresponde a um fenômeno social, recorrente em todas as sociedades, atingindo indivíduos oriundos de diversos grupos etários, distintas etnias e classes socioeconômicas e níveis culturais diversificados.

4.3 O suicídio na perspectiva de Èmile Durkheim, Karl Marx e Albert Camus

Em 1897, Èmile Durkheim (1858-1917) publicou o estudo sociológico *Le Suicide* (*O Suicídio*), obra de notável aporte teórico para a investigação de um dos fatos mais íntimos do comportamento humano.

O cerne da discussão proposta por Durkheim são os determinantes sociais, externos ao indivíduo, que o predispõem à prática suicida. Assim, os suicídios numa determinada sociedade podem ser explicados em termos sociológicos e não por motivações intrínsecas ao sujeito. Nesse sentido, o ponto de partida da análise proposta por Durkheim é a sociedade e não o indivíduo. Deste modo, Durkheim contribui de maneira importante de pensar o suicídio não apenas e somente dentro da esfera biomédica, contribuindo dessa forma na análise do suicídio ao levar em consideração os aspectos socioculturais e a dinâmica da sociedade como fatores que também podem determinar o ato de tirar a própria vida. Cabe lembrar que o esforço de Durkheim na análise do suicídio visa também confirmar sua tese de que a sociedade tem um papel preponderante sobre o indivíduo e seus atos, relativizando a culpa do indivíduo no ato de tirar a própria.

No que se refere aos aspectos extrassociais que influenciam a ocorrência de

suicídio, Durkheim cita as disposições orgânico-psíquicas e a natureza do meio físico. No tocante as primeiras, o sociólogo francês aponta primeiramente a loucura como uma das razões de mortes voluntárias. Nesse sentido, na obra analisada, denominam-se suicídios vesânicos aqueles decorrentes de estados mentais de alienação. Dentre esses, Durkheim apresenta os quatro tipos mais importantes:

I – **Suicídio maníaco**: o doente se mata para fugir de um perigo ou de uma vergonha imaginários [...] A alucinação ou o delírio que levam o sujeito à decisão de se destruir surgem subitamente; resulta a tentativa de suicídio; depois, em um instante a cena muda e, se a tentativa aborta, não se repete, pelo menos naquele momento.

II – **Suicídio melancólico**: está ligado a um estado geral de extrema depressão, de tristeza exagerada, que faz com que o doente já não aprecie sadiamente as relações que têm com ele as pessoas e as coisas que o cercam. A vida lhe parece aborrecida ou dolorosa. Como essas disposições são constantes, o mesmo ocorre com as ideias de suicídio; são dotadas de grande fixidez e os motivos gerais que as determinam são sensivelmente os mesmos.

III – **Suicídio obsessivo**: nesse caso, o suicídio não é causado por nenhum motivo, nem real nem imaginário, mas apenas da ideia fixa da morte, que, sem razão representável, se apoderou imperiosamente do espírito do doente. Este se vê obcecado pelo desejo de se matar, embora saiba perfeitamente que não tem nenhum motivo racional para o fazer. É uma necessidade instintiva sobre a qual a reflexão e o raciocínio não têm domínio, análoga às necessidades de roubar, de matar, de incendiar.

IV – **Suicídio impulsivo ou automático**: não é mais motivado do que o anterior, não tem nenhuma razão de ser, nem na realidade nem na imaginação do doente. Mas, em vez de ser produzido por uma ideia fixa que persegue o espírito um tempo mais ou menos longo e que só gradualmente se apodera da vontade, resulta de um impulso brusco e imediatamente irresistível [...] A visão de uma faca, o passeio à beira de um precipício, etc., fazem nascer instantaneamente a ideia do suicídio e o ato se segue com tal rapidez que, muitas vezes, os doentes não têm consciência do que aconteceu (DURKHEIM, 2011, p. 41-43 grifo nosso).

Durkheim (2011) acrescenta que todos os suicídios vesânicos ou são desprovidos de motivação ou são determinados por motivos de ordem imaginária. No entanto, ele ressalta que não se pode considerar todo suicida como um louco, haja vista que um grande número de mortes voluntárias apresenta razões fundamentadas na realidade social.

Outra importante contribuição teórica de Durkheim refere-se ao estabelecimento de três tipologias básicas do suicídio, decorrentes da articulação entre o indivíduo e a sociedade: 1) suicídio egoísta: decorre da ausência de vínculos de interação e sociabilidade entre o indivíduo e o grupo social a que ele pertence, o que gera um embotamento dos afetos e um excesso de isolamento; 2) suicídio altruísta: corresponde ao oposto do egoísta; ocorre quando o indivíduo integra demasiadamente ao seu grupo, perdendo sua individualidade e se sacrificando em nome de uma causa que ele julga ser nobre. Destaca-se nesse tipo de suicídio o seu caráter obrigatório, ou seja, o sujeito sente-se no dever de sacrificar-se em nome de determinada causa, crença, etc; 3) suicídio anômico: ocorre nas situações de anomia, ou seja,

do estado de desregramento social, da perda de referenciais que regulam a vida em sociedade (DURKHEIM, 2011).

Ainda no que concerne ao suicídio anômico, são oportunas as seguintes considerações:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico dos suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que se depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta (DURKHEIM, 2011, p. 328).

É interesse ressaltar alguns apontamentos feitos por Durkheim acerca da relação entre anomia e suicídio. Nesse sentido, ao contrário do que se supõe, os quadros de miséria social não respondem como único fator pelo aumento de suicídios; por outro lado, a brusca prosperidade de um país pode agir como fator propulsor de surtos de mortes autoprovocadas. O que a miséria e a prosperidade súbitas têm em comum são, segundo Durkheim, a capacidade de provocar alterações substanciais na estrutura social, gerando perturbações na ordem coletiva.

Toda ruptura de equilíbrio, mesmo que resulte em maior abastança e aumento da vitalidade geral impele à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem graves rearranjos no corpo social, sejam eles devidos a súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem se mata mais facilmente (DURKHEIM, 2011, p.311).

Num cenário de desastres econômicos, os indivíduos são forçados a reduzir suas exigências e a restringir suas necessidades, o que implica na necessidade de refazer suas vidas a partir de novos códigos culturais e morais. O desajustamento diante de um novo contexto existencial impele os homens a se desapegarem de uma existência que para eles se apresenta insuportável. Esse mesmo desajuste também é verificado quando se registra um brusco crescimento de poder e de fortuna, alimentados pelas ambições superexcitadas, cuja fome nunca é saciada por completo (DURKHEIM, 2011).

Karl Marx, em sua obra “Sobre o Suicídio”, sustenta a tese de que o suicídio apresenta-se como sintoma da organização social deficiente, ideia que coaduna com a perspectiva de Durkheim acerca do caráter anômico da morte voluntária. Nesse sentido, é oportuno destacar as seguintes reflexões:

Que tipo de sociedade é essa, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é sociedade, ela é,

como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

Em Marx (2006), observa-se a influência da sociedade no comportamento humano. Há aqui uma crítica ao individualismo que marca as relações sociais e que potencializa atitudes autodestrutivas, como o suicídio. O questionamento de Marx representa um ponto de partida para refletir sobre temas atuais e recorrentes, como a solidão, a fragilidade e a superficialidade dos vínculos sociais e sobre os impactos do “capitalismo selvagem” na saúde psíquica das pessoas.

Nessa mesma perspectiva, depreende-se que as motivações individuais comumente apontadas como causas diretas do suicídio correspondem, na realidade, a uma inclinação coletiva específica. Nas palavras de Durkheim (2011, p. 328), “não há nada que não possa servir de causa ocasional do suicídio. Tudo depende da intensidade com que as causas suicidógenas agiram sobre o indivíduo”.

Cabe lembrar que essa aproximação entre Marx e Durkheim, no que se refere aos aspectos socioculturais que influenciam o ato individual de cometer suicídio, não pode ocultar a grande diferença de pensamento que os dois autores possuem. Marx ao criticar a sociedade, que em si gera o suicida, faz uma crítica ao modo como a sociedade se organiza e se reproduz a partir do capitalismo. Assim para Marx não são momentos anômicos que causam o suicídio, mas a própria organização da sociedade. Marx prega uma concepção revolucionária para mudar as estruturas que forjam uma sociedade produtora de suicidas. Já para Durkheim são momentos anômicos na sociedade, que geram a possibilidade do suicídio, e não seria necessário ocorrer uma revolução social, mas sim amalgamar esses momentos anômicos para poder remediar o desequilíbrio entre indivíduo e sociedade.

Por outro lado, Albert Camus, na obra “O Mito de Sísifo” sustenta a tese de a ideia suicida nasce no indivíduo, a partir de suas vivências pessoais, não tendo a sociedade influência decisiva nesse processo de autoextermínio. Para Camus, morrer voluntariamente pressupõe-se que se reconheceu, ainda que instintivamente, o caráter irrisório desse hábito, a ausência de qualquer razão profunda de viver, o caráter insensato dessa agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento (CAMUS, 1942). Isso indica o caráter existencialista e subjetivista da obra de Camus.

A anomia, segundo Durkheim (2011), apresenta-se como fator preditivo de comportamento suicida em outros contextos de crise, como divórcio, viuvez, eventos que geram notável desorganização na dinâmica familiar e, conseqüentemente, no equilíbrio dos indivíduos.

No âmbito da abordagem sobre as práticas suicidas, Durkheim argumenta que “cada povo tem seu tipo de morte preferido, e a ordem de suas preferências dificilmente muda” (2011, p. 374). Nesse sentido, os instrumentos utilizados pelo suicida normalmente são aqueles que se encontram mais imediatamente próximos a ele, ou seja, em sua sociabilidade com as coisas e os outros seres humanos. No entanto, existem também aspectos culturais envolvidos na escolha de determinados métodos em detrimento de outros. No contexto militar, a decapitação é considerada uma morte infame; em outros lugares o enforcamento é tido como meio desonroso de morte.

Cumprе salientar que, segundo Durkheim (2011), o enforcamento é uma prática suicida mais recorrente no contexto rural. Isso pode se justificar, primeiramente, pelo acesso facilitado a determinados instrumentos familiares ao homem do campo (corda) e também por questões de ordem cultural, como ocorre, por exemplo, entre os povos indígenas.

Para a etnia Guarani-Kaiowá, a prática do enforcamento, como método de autoextermínio, representa o respeito que esse povo tem pela palavra, ao mesmo tempo em que demonstram uma resistência diante da impossibilidade de deixá-la fluir. Além disso, o ato de sufocar a palavra (e a si mesmo), mantendo-a presa ao corpo, representa a oportunidade de conter a energia vital que ela representa, a qual pode ser resgatada noutro momento. Na cultura guarani-kaiowá, o suicídio por enforcamento consiste num fenômeno chamado *jejuvy*, cujas características e simbologias ainda serão oportunamente discutidos neste texto (FOTI, 2004).

4.4 O suicídio na contemporaneidade: uma questão de saúde pública

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que o suicídio é a segunda maior causa de óbitos no mundo, entre jovens na faixa etária entre 15 a 29 anos, correspondendo a uma tragédia pessoal que ceifa prematuramente a vida de muitos indivíduos e afeta dramaticamente a vida de familiares e amigos enlutados. As estatísticas apontam que, no mundo todo, a cada 40 segundos uma pessoa põe fim à própria vida, resultando no expressivo número de aproximadamente 800 mil casos de suicídio por ano. Além da irreparável perda humana, o suicídio acarreta muitos traumas psicológicos, prejuízos sociais e financeiros, o que o torna um sério problema de saúde pública em nível mundial (OMS, 2014).

As tentativas de suicídio também contribuem para aumentar o ônus aos sistemas de saúde, tendo em vista os recursos despendidos para tratar as sequelas das tentativas

malogradas, as quais, não raras vezes, geram incapacidade permanente para o trabalho. Por outro lado, é por meio de uma tentativa de suicídio que o sujeito pode ter acesso a uma intervenção médica e um acompanhamento psiquiátrico e psicológico específico que poderão propiciar o ponto de partida para um processo de restabelecimento da saúde mental (OMS, 2014).

É pertinente ressaltar que, no Brasil, a partir de 2014, mediante a publicação da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata e compulsória no âmbito municipal, devendo seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2014). Essa iniciativa insere-se no rol das medidas preventivas, considerando-se que as tentativas anteriores demonstram risco elevado de recorrência de comportamento suicida.

A OMS também esclarece que o comportamento suicida decorre do somatório de fatores que, cumulativamente, podem tornar o indivíduo mais vulnerável ao suicídio. O diagnóstico de algum transtorno mental é comumente observado entre indivíduos que põem fim à própria vida, sendo a depressão a doença mais comum entre aqueles que consumaram o ato (OMS, 2014).

Além dos transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia, bipolaridade e alcoolismo, a OMS classifica outros fatores de risco para o suicídio em quatro categorias relacionadas:

- À sociedade: o acesso dos indivíduos aos meios letais, mídias não preparadas para noticiar mortes autoprovocadas, os estigmas associados ao comportamento de busca de ajuda;
- À comunidade: desastre, guerra, conflitos, discriminação, perda da identidade cultural e deslocamentos, trauma ou abuso.
- Aos relacionamentos: sensação de isolamento e falta de apoio social, conflitos em relacionamentos, discórdias ou perdas.
- Ao indivíduo: tentativa de suicídio anterior, história familiar de suicídio, transtornos mentais, dificuldades financeiras, dor crônica, fatores genéticos e biológicos (OMS, 2014).

É oportuno observar que os fatores acima arrolados encontram-se articulados com os pressupostos de Durkheim (2011), sobretudo no que se refere ao suicídio anômico, ou seja, aquele motivado pelo desajuste do indivíduo a um contexto social crítico. Os conflitos interpessoais e os acontecimentos trágicos que perpassam a experiência humana em sociedade geram, segundo Durkheim, condições de desregramento e perda dos referenciais morais e existenciais do sujeito, tornando-o vulnerável ao comportamento suicida. Ainda no tocante à citação anterior, especificamente ao item 4, observa-se uma relação com o que Durkheim denominou de causas extrassociais, referindo-se às disposições orgânico-psíquicas que podem

apresentar influências nas taxas de suicídio.

Quanto à influência da hereditariedade nos casos recorrentes de suicídio numa mesma família, apontados pela OMS como fatores de risco para o comportamento suicida, Durkheim tece algumas considerações que merecem ser destacadas:

Com efeito, o suicídio é eminentemente contagioso. Essa contagiosidade se faz sentir sobretudo nos indivíduos cuja constituição os torna mais facilmente acessíveis a todas as sugestões em geral e às ideias de suicídio em particular, pois além de serem levados a reproduzir tudo o que os impressiona, eles tendem a repetir um ato ao qual já têm certa propensão. Ora, essa dupla condição se realiza nos sujeitos alienados ou simplesmente neurastênicos cujos pais se suicidaram (DURKHEIM, 2011, p. 90 grifo nosso).

Cumprе salientar, contudo, que na perspectiva de Durkheim, o suicídio em si não é um fenômeno hereditário, numa perspectiva fatalista e irremediável, visto que o que se transmite é certo temperamento que, sob condições e circunstâncias específicas, pode predispor os indivíduos à morte voluntária e não obrigá-los a cometê-la (DURKHEIM, 2011).

Em Durkheim (2011), encontram-se argumentos sobre a morte voluntária que se confirmam ou são refutados diante das estatísticas atuais. O primeiro deles refere-se ao caráter excepcional do suicídio na infância. O segundo dado diz respeito ao ápice dos casos de suicídio na velhice. Com efeito, a literatura aponta que, em todos os países, de modo geral, o suicídio é menos comum entre crianças e adolescentes menores de 15 anos (KUCZYNSKI, 2014).

Quanto ao suicídio entre idosos, Minayo e Cavalcante (2010) corroboram a existência de forte correlação entre a ideação, as tentativas e a consumação de mortes voluntárias nessa faixa etária da população mundial. A solidão, o adoecimento, a perda de laços parentais são algumas das razões que predis põem a população idosa ao maior risco de cometer suicídio. Em contrapartida, quando se analisa, especificamente, a recorrência do suicídio entre indígenas brasileiros, os dados estatísticos do Sistema de Informação de Mortalidade (BRASIL, 2017), do Ministério da Saúde, apontam um predomínio de óbitos entre crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2017, em ambos os sexos, o risco de óbito por suicídio na população indígena se destacou, superando em mais de duas vezes o risco na população branca e pela alta proporção observada entre os adolescentes. Estes dados condizem com estudos que indicam a vulnerabilidade dessa população entre sociedades de todo o mundo, assim como com a ocorrência de taxas mais altas de suicídio e de consumo de substâncias psicoativas entre os jovens indígenas em

regiões ou nações como o Alaska, o Canadá, a Groenlândia, os países nórdicos e a Rússia (BRASIL, 2017).

Considerando as especificidades envolvidas nos suicídios ocorridos entre povos indígenas, o capítulo seguinte buscará aprofundar essa problemática, abordando-a a partir de uma perspectiva multidisciplinar que considere aspectos sociais e culturais.

5 O SUICÍDIO INDÍGENA E SUAS DIMENSÕES SOCIOPOLÍTICAS E CULTURAIS

5.1 A epidemia de suicídio indígena no Brasil e suas implicações sociopolíticas

Dados extraídos do Boletim Epidemiológico publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde atestam que o suicídio é um fenômeno de proporções epidêmicas, multifatorial, atingindo percentuais alarmantes em todo o mundo (BRASIL, 2017). Corroborando esses dados estatísticos, a Organização Mundial de Saúde aponta que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio, representando 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, sendo que, entre os jovens de 15 a 29 anos, corresponde à segunda principal causa de morte (OMS, 2014).

No contexto da análise do suicídio como fenômeno global, a incidência de casos em comunidades indígenas específicas chama a atenção devido aos altos índices de mortes autoprovocadas nessas populações quando comparados aos óbitos por suicídio registrados em populações não indígenas. A título de exemplificação, em estudo realizado no município brasileiro com maior percentual de autodeclarados indígenas (mais de 75%), São Gabriel da Cachoeira, situado na região do Alto Rio Negro, estado do Amazonas, observou-se uma taxa de mortalidade por suicídio em indígenas de 41,9/100.000, índice 20 vezes maior do que o observado entre não indígenas (SOUZA; ORELLANA, 2012).

O suicídio corresponde a um dos trágicos desdobramentos da situação dramática em que vivem diversas etnias indígenas brasileiras. O relatório sobre Violência contra Povos Indígenas no Brasil, elaborado pelo CIMI e divulgado em 2017 apresenta dados alarmantes acerca do abandono e do desrespeito praticados contra os índios no Brasil. Apesar dos direitos previstos constitucionalmente, o que se verifica no cotidiano de muitas comunidades é a notável negligência quanto aos aspectos relativos à proteção, ao respeito à vida e à dignidade desses povos (CIMI, 2017).

Um dos direitos básicos dos povos indígenas brasileiros previstos explicitamente na Constituição Federal de 1988 refere-se à demarcação de suas terras, além do respeito às diferenças e ao modo de ser de cada povo, com seus usos, crenças, tradições e costumes. No entanto, o Estado, contraditoriamente, tem sido um dos principais mantenedores das violências cometidas contra povos indígenas brasileiros, seja por negligência, omissão ou por meio de dispositivos “legais” que beneficiam apenas os grupos interessados na exploração, expropriação e expansão de suas riquezas, em detrimento dos direitos humanos e da

identidade cultural das comunidades tradicionais (PALOSHI, 2017).

No contexto do governo brasileiro, interesses da denominada “bancada ruralista” têm sido cada vez mais priorizados. Os parlamentares que compõem essa bancada atuam em desacordo com os direitos garantidos constitucionalmente aos índios, quilombolas e comunidades tradicionais. Nessa empreitada, contam com a conivência e apoio de outras instâncias de poder que buscam sustentar discursos que promovem, paulatinamente, a legitimidade da expansão do agronegócio, mediante o arrendamento de terras indígenas, prática inconstitucional, haja vista que estas são inalienáveis e indisponíveis, sendo o direito sobre elas imprescritível, conforme estabelece o Art. 231, § 4, da Carta Magna de 1988 (RANGEL; LIEBIGOTT, 2017).

Além da questão relativa à demarcação de terras, outro direito desrespeitado refere-se ao acesso à saúde pública, embora caiba ressaltar que para os povos indígenas o entendimento e percepção de território e de saúde são indissociáveis. Dados orçamentários disponibilizados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) indicam que, em 2017, foram destinados cerca de 1,7 bilhão de reais para serem investidos na assistência à saúde indígena no Brasil. Assim, depreende-se que, embora tenha havido a disponibilidade de recursos, estes não tem sido gerenciados adequadamente, visto que a atenção básica aos índios está cada vez mais fragilizada.

As atividades voltadas para o saneamento básico permaneceram paralisadas; ações e serviços no âmbito das garantias alimentar e nutricional parecem abandonadas e as consequências ficam evidentes com a prevalência de desnutrição e anemia em crianças e mulheres. [...] Não há água potável na grande maioria das comunidades, e sem água é impossível haver saúde. Com a ausência de saneamento básico, sem cobertura de ações preventivas, as doenças infectocontagiosas e parasitoses se alastram pelo Brasil (RANGEL; LIEBIGOTT, 2017, P. 20).

A violência cometida contra os povos indígenas no Brasil também se manifesta por meio do crescimento estatístico dos casos de homicídio, racismo étnico-cultural e violência sexual. Em 2017, o CIMI registrou 68 casos de assassinato de índios em diferentes estados brasileiros, sendo o Mato Grosso do Sul o recordista de casos (23). A maioria das vítimas era do sexo masculino, na faixa etária entre 10 a 30 anos. As ocorrências situaram-se, principalmente, nas reservas de Dourados e Amanbai, territórios que vivenciam intensas tensões decorrentes do confinamento populacional. Diversas famílias concentram-se em pequenas porções de terra, sem perspectivas otimistas quanto ao futuro, desassistidas pelo poder público e vulneráveis à pressão de latifundiários. Nesse contexto, também são

recorrentes as ameaças de morte feitas por traficantes de drogas, posseiros e fazendeiros que ocupam ilegalmente as terras indígenas e que se negam a desocupá-las (CIMI, 2017).

A violência étnico-epistêmica também se faz presente no cotidiano de muitas comunidades indígenas brasileiras. Ela se manifesta por meio do uso de expressões que desqualificam a cultura e o pensamento indígena, ridicularizando costumes e práticas de cura, ou a maneira como esses povos pensam a morte autoprovocada ou as doenças mentais, que fazem parte do seu modo tradicional de ser-no-mundo. Observam-se, também práticas de intolerância religiosa de grupos que desrespeitam as crenças desses povos e tentam, como na época do “descobrimento”, convertê-los (CIMI, 2017).

O relatório do CIMI (2017) também registra a ocorrência de violência sexual envolvendo principalmente crianças e adolescentes indígenas, os quais sofrem abusos e assédio por parte de parentes próximos, patrões e até funcionários da SESAI e policiais.

A disseminação de bebidas alcoólicas e outras drogas tem sido recorrente nas reservas indígenas, gerando conflitos que desencadeiam mais violência nessas comunidades. Em Dourados, no Mato Grosso do Sul, foram mapeados mais de 60 pontos de venda de drogas. A cada dez jovens da etnia Guarani-Kaiowá, quatro já consumiram algum tipo de substância ilícita. O consumo de bebidas alcoólicas, cada vez mais difundido entre os índios, associa-se a maior violência doméstica, estupros e assassinatos (CIMI, 2017).

Observa-se, a partir dessas informações apresentadas pelo CIMI (2017), um contexto crítico no tocante à assistência social e ao cumprimento por parte do Estado brasileiro dos direitos básicos assegurados constitucionalmente aos povos indígenas no Brasil. A confluência dessa realidade social marcada pela violência em suas variadas formas com outras questões de ordem biopsicossocial e cultural representam pontos de partida para análise das possíveis influências desses aspectos no crescimento vertiginoso dos episódios de suicídio em comunidades indígenas brasileira nos últimos anos.

5.2 Perfil epidemiológico do suicídio em comunidades indígenas no Brasil

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do Censo realizado em 2010, apontou que a população indígena brasileira é estimada em 896.900 mil indivíduos, correspondendo a 0,4% da população brasileira. Essa população encontra-se distribuída em 240 etnias, 683 terras indígenas e falantes de 200 línguas aproximadamente (BATISTA; ZANELLO, 2016).

No que se refere especificamente ao tema deste estudo, de acordo com o CIMI

(2017), em 2017, ocorreram 128 casos de suicídios entre os povos indígenas brasileiros, podendo este número ser maior, em decorrência da influência da subnotificação dos dados.

Em estudo descritivo realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do qual se traçou um perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que evoluíram a óbito por essa causa no Brasil, no período de 2011 a 2016, constatou-se 44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena foram cometidos por adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos, índice oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária (BRASIL, 2017).

A alta prevalência de suicídio entre jovens índios guaranis suscita estranhamento entre alguns estudiosos, como se demonstra na seguinte citação extraída da obra “Kandiré – O paraíso terreal”, de Sérgio Levcovitz:

A absoluta predominância de adolescentes e adultos jovens entre a população que tenta ou completa o ato de suicídio é impressionante e peculiar. O suicídio é, sem sombra de dúvidas, um fenômeno do jovem guarani, quase nunca observado entre os mais idosos. Um dado epidemiológico desta natureza mostra-se estranhamente atípico (LEVCOVITZ, 1998, p. 84).

Nota-se que a maior recorrência de suicídio entre jovens indígenas representa um aspecto peculiar quando se analisa esse fenômeno, inclusive por contrariar estudos clássicos, como o de Durkheim, segundo o qual o suicídio é mais prevalente entre idosos (LEVCOVITZ, 1998).

Outra especificidade do suicídio entre jovens indígenas brasileiros refere-se ao fato de que as mortes autoprovocadas correspondem à principal causa de óbitos nessa população, ao passo que entre jovens não indígenas o homicídio é a causa mais recorrente (SOUZA; ORELLANA, 2013). Devido às altas taxas, o suicídio indígena revela-se um assunto cujo debate se torna premente no Brasil. É importante conhecer os aspectos multifatoriais que envolvem esse fenômeno, para que sejam apresentadas propostas viáveis que deem conta de fortalecer as redes comunitárias de proteção aos índios.

Com o intuito de aprofundar a análise acerca do suicídio indígena, faz-se necessário primeiramente recorrer aos dados estatísticos a fim de conhecer, em termos quantitativos, a incidência desse fenômeno entre índios pertencentes a diversas etnias brasileiras, conforme disposto a seguir nos Quadros 01, 02, 03, 04, 05, 06 e 07.

Quadro 01: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2010

UF	Etnia	2010				2010 Total
		10 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 Anos	40 a 49 Anos	
Acre	KAXINAWÁ					
Acre	POYANAWA					
Amazonas	ARAPAÇO					
Amazonas	BANIWA					
Amazonas	BARE		1			1
Amazonas	DESSANO		1			1
Amazonas	HUPDE	1	3			4
Amazonas	HUPDES					
Amazonas	KANAMARI					
Amazonas	KOCAMA					
Amazonas	KULINA					
Amazonas	KULINA MADIJA					
Amazonas	MATSE					
Amazonas	MAYORUNA					
Amazonas	TARIANO					
Amazonas	TICUNA	18	9	3	1	31
Amazonas	TUKANO	1				1
Amazonas	TUYUKA					
Amazonas	WANANO					
Amazonas	YANOMAMI		1	1		2
Amazonas	ZURUAHÁ					
Amapá	GALIBI MARWORNO					
Amapá	WAIAPI					
Ceará	KALABAÇA					
Ceará	PITAGUARI					
Ceará	TAPEBA					
Ceará	TAPUIA					
Ceará	TAPUIA-KARIRI					
Maranhão	GAVIÃO					
Maranhão	GUAJAJARA			1		1
Maranhão	KAAPOR					
Minas Gerais	XAKRIABA					
Mato Grosso do Sul	KAHOWA	6	6	3		15
Mato Grosso	AWUARÁ					
Mato Grosso	KAMAYURÁ					
Mato Grosso	KARAJÁ	1	1			2
Mato Grosso	PARECI					
Pará	JURUNA					
Pará	KAYAPO					
Pará	KAYAPÓ					
Pará	MUNDURUKU					
Pará	TIRIYÓ					
Paraíba	POTYGUARA		1			1
Pernambuco	ATIKUM					
Pernambuco	XUKURU	1	2	1	1	5
Paraná	GUARANI					
Paraná	GUARANI M ₆ BYA	1				1
Rondônia	AMONDAWA					
Roraima	INGARIKO					
Roraima	MAKUXI					
Roraima	WAPIXANA		1			1
Roraima	YANOMAMI	1	1	2	1	5
Roraima	YEKUANA	2	1			3
Santa Catarina	XOKLENG					
São Paulo	TERENA					
Tocantins	JAVAE					
Tocantins	KARAJÁ					
Total Geral		32	28	11	3	74

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Ednaldo.pdf>

Quadro 02: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária. Ano de ocorrência: 2011

UF	Etnia	2011							2011 Total
		7 a 10 anos	10 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	Maior de 60 anos	
Acre	KAXINAWÁ								
Acre	POYANAWA			1					1
Amazonas	ARAPAÇO								
Amazonas	BANIWA								
Amazonas	BARE					2			2
Amazonas	DESSANO								
Amazonas	HUPDE		3				2		5
Amazonas	HUPDES			2					2
Amazonas	KANAMARI							1	1
Amazonas	KOCAMA								
Amazonas	KULINA								
Amazonas	KULINA MADIJA								
Amazonas	MATSE								
Amazonas	MAYORUNA								
Amazonas	SATERE-MAUE								
Amazonas	TARIANO								
Amazonas	TICUNA		18	10	2			1	31
Amazonas	TUKANO			3					3
Amazonas	TUYUKA			2					2
Amazonas	WANANO		2						2
Amazonas	YANOMAMI			1					1
Amazonas	ZURUAHÁ								
Amapá	WAIAPI								
Ceará	KALABAÇA			1					1
Ceará	PITAGUARI			1					1
Ceará	TAPEBA		1						1
Ceará	TAPUIA								
Ceará	TAPUIA-KARIRI								
Ceará	TREMEMBE								
Maranhão	GAVIÃO								
Maranhão	GUAJAJARA			2					2
Maranhão	KAAPOR								
Minas Gerais	XAKRIABA		1						1
Mato G. do Sul	KAIOWA		5	5					10
Mato Grosso	AWUARA								
Mato Grosso	KARAJÁ		1	1					2
Mato Grosso	PARECI								
Mato Grosso	SABANÊ								
Pará	JURUNA								
Pará	KAYAPO								
Pará	MUNDURUKU				1				1
Paraíba	POTYGUARA				1				1
Pernambuco	ATIKUM								
Pernambuco	XUKURU								
Paraná	GUARANI								
Paraná	GUARANI M̃BYA		1						1
Rondônia	AMONDAWA								
Roraima	INGARIKO								
Roraima	MAKUXI			1		1			2
Roraima	WAPIXANA								
Roraima	YANOMAMI	1	1	2			1		5
Roraima	YEKUANA		1						1
Santa Catarina	XOKLENG							1	1
São Paulo	TERENA			1					1
Tocantins	JAVAE								
Tocantins	KARAJÁ		2	1		1			4
Total		1	36	34	4	4	3	3	85

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Edinaldo.pdf>.

Quadro 03: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária - Ano de ocorrência: 2012

UF	ETNIA	2012						2012 Total
		1 a 6 Anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	
Acre	KAXINAWÁ		1					1
Acre	POYANAWA							
Amazonas	ARAPAÇO							
Amazonas	BANIWA							
Amazonas	BARE							
Amazonas	DESSANO							
Amazonas	HUPDE		2	1				3
Amazonas	KOCAMA							
Amazonas	KULINA	1	1		1			3
Amazonas	KULINA MADIJA							
Amazonas	MATSE		1					1
Amazonas	MAYORUNA							
Amazonas	SATERE-MAUE							
Amazonas	TARIANO							
Amazonas	TICUNA		10	5	4			19
Amazonas	TUKANO		1					1
Amazonas	TUYUKA							
Amazonas	WANANO							
Amazonas	YANOMAMI							
Amazonas	ZURUAHÁ		1					1
Amapá	GALIBI MARWORNO							
Amapá	WAIAPI							
Ceará	KALABAÇA							
Ceará	PITAGUARI					1		1
Ceará	TAPEBA							
Ceará	TAPUIA						1	1
Ceará	TAPUIA-KARIRI							
Ceará	TREMEMBE						1	1
Maranhão	GAVIÃO							
Maranhão	GUAJAJARA							
Maranhão	KAAPOR							
Minas Gerais	XAKRIABA		2		2			4
Mato Grosso do Sul	KAUWA		6	10		1		17
Mato Grosso	AWUARÁ			1				1
Mato Grosso	KAMAYURÁ			1				1
Mato Grosso	KARAJÁ		1					1
Mato Grosso	PARECI							
Mato Grosso	SABANÉ							
Pará	JURUNA				1			1
Pará	KAYAPO							
Pará	MUNDURUKU							
Pará	TIRIYÓ		2					2
Paraíba	POTYGUARA							
Pernambuco	ATIKUM							
Pernambuco	XUKURU							
Paraná	GUARANI		1					1
Paraná	GUARANI M̃BYA				1			1
Rondônia	AMONDAWA							
Roraima	INGARIKO							
Roraima	MAKUXI		2		1			3
Roraima	WAPIXANA		1					1
Roraima	YANOMAMI		1					1
Roraima	YEKUANA		1					1
Santa Catarina	XOKLENG							
São Paulo	TERENA							
Tocantins	JAVAE							
Tocantins	KARAJÁ		2	2				4
Total Geral		1	36	20	10	2	2	71

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Edinaldo.pdf>

Quadro 04: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária. Ano de ocorrência: 2013

UF	Etnia	2013					2013 Total
		10 a 19 Anos	20 a 29 Anos	30 a 39 anos	40 a 49 Anos	50 a 59 anos	
Acre	KAXINAWÁ						
Acre	POYANAWA						
Amazonas	ARAPAÇO						
Amazonas	BANIWA						
Amazonas	BARE						
Amazonas	DESSANO						
Amazonas	HUPDES						
Amazonas	KANAMARI			1			1
Amazonas	KOCAMA		1				1
Amazonas	KULINA	2	2	2		1	7
Amazonas	KULINA MADIJA						
Amazonas	MATSE						
Amazonas	MAYORUNA						
Amazonas	SATERE-MAUE						
Amazonas	TARIANO						
Amazonas	TICUNA	14	10	2			26
Amazonas	TUKANO						
Amazonas	TUYUKA						
Amazonas	WANANO						
Amazonas	YANOMAMI						
Amazonas	ZURUAHÁ						
Amapá	GALIBI MARWORNO						
Amapá	WAIAPI	1					1
Ceará	KALABAÇA						
Ceará	PITAGUARI						
Ceará	TAPEBA						
Ceará	TAPUIA						
Ceará	TAPUIA-KARIRI						
Maranhão	GUAJAJARA						
Maranhão	KAAPOR						
Minas Gerais	XAKRIABA	1	1				2
Mato Grosso do Sul	KAIOWA	6	2	1	1		10
Mato Grosso	AWUARÁ						
Mato Grosso	KAMAYURÁ						
Mato Grosso	KARAJÁ						
Mato Grosso	PARECI		1				1
Pará	JURUNA						
Pará	KAYAPO	1					1
Pará	KAYAPÓ		1				1
Pará	MUNDURUKU						
Pará	TIRIYÓ						
Paraíba	POTYGUARA						
Pernambuco	ATIKUM				1		1
Pernambuco	XUKURU						
Paraná	GUARANI						
Paraná	GUARANI M̃BYA						
Rondônia	AMONDAWA						
Roraima	INGARIKO						
Roraima	MAKUXI		1	1			2
Roraima	WAPIXANA						
Roraima	YANOMAMI	2	1	1			4
Roraima	YEKUANA		1				1
Santa Catarina	XOKLENG						
São Paulo	TERENA						
Tocantins	JAVAE	2	1				3
Tocantins	KARAJÁ						
Total Geral		29	22	8	2	1	62

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Edinaldo.pdf

Quadro 05: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária. Ano de ocorrência: 2014

UF	Etnia	2014						2014 Total
		10 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	Maior de 60 anos	
Acre	KAXINAWÁ							
Acre	POYANAWA							
Amazonas	ARAPAÇO							
Amazonas	BANIWA							
Amazonas	BARE						1	1
Amazonas	DESSANO			1				1
Amazonas	HUPDE	3						3
Amazonas	HUPDES							
Amazonas	KANAMARI	1	1					2
Amazonas	KOCAMA							
Amazonas	KULINA		1	1	1			3
Amazonas	KULINA MADIJA							
Amazonas	MATSE							
Amazonas	MAYORUNA			1				1
Amazonas	TARIANO				1			1
Amazonas	TICUNA	11	7			1		19
Amazonas	TUKANO	1	1					2
Amazonas	TUYUKA							
Amazonas	WANANO							
Amazonas	YANOMAMI							
Amazonas	ZURUAHÁ							
Amapá	WAIAPI							
Ceará	KALABAÇA							
Ceará	PITAGUARI							
Ceará	TAPEBA	1						1
Ceará	TAPUIA							
Ceará	TAPUIA-KARIRI		1					1
Maranhão	GAVIÃO	1						1
Maranhão	GUAJAJARA	1						1
Maranhão	KAAPOR	1						1
Minas Gerais	XAKRIABA				1			1
Mato Grosso do Sul	KAIOWA	3	2	2			2	9
Mato Grosso	AWUARÁ							
Mato Grosso	KAMAYURÁ							
Mato Grosso	KARAJÁ							
Mato Grosso	PARECI							
Mato Grosso	SABANÊ		1					1
Pará	JURUNA							
Pará	KAYAPO							
Pará	KAYAPÓ							
Pará	MUNDURUKU							
Pará	TIRIYÓ							
Paraíba	POTYGUARA							
Pernambuco	ATIKUM			2	1			3
Pernambuco	XUKURU							
Paraná	GUARANI							
Paraná	GUARANI M̃BYA							
Rondônia	AMONDAWA							
Roraima	INGARIKO							
Roraima	MAKUXI		1					1
Roraima	WAPIXANA							
Roraima	YANOMAMI	1	1					2
Roraima	YEKUANA							
Santa Catarina	XOKLENG							
São Paulo	TERENA							
Tocantins	JAVAE		1					1
Tocantins	KARAJÁ							
Total Geral		24	17	7	4	1	3	56

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Ednaldo.pdf.

Quadro 06: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária. Ano de ocorrência: 2015

UF	Etnia	2015						2015 Total
		7 a 10 Anos	10 a 19 anos	20 a 29 Anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	
Acre	KAXINAWÁ							
Acre	POYANAWA							
Amazonas	ARAPAÇO							
Amazonas	BANIWA		1					1
Amazonas	BARE							
Amazonas	DESSANO		1					1
Amazonas	HUPDE		2	3				5
Amazonas	HUPDES							
Amazonas	KANAMARI		1	2				3
Amazonas	KOCAMA		1					1
Amazonas	KULINA		2	1		1		4
Amazonas	KULINA MADIJA		1	1				2
Amazonas	MATSE							
Amazonas	MAYORUNA							
Amazonas	SATERE-MAUE		1					1
Amazonas	TARIANO							
Amazonas	TICUNA		4	3	4	1		12
Amazonas	TUKANO		2					2
Amazonas	TUYUKA		1					1
Amazonas	YANOMAMI							
Amapá	GALIBI MARWORNO			1				1
Amapá	WAIAPI							
Ceará	KALABAÇA							
Ceará	PITAGUARI							
Ceará	TAPEBA							
Ceará	TAPUIA							
Ceará	TAPUIA-KARIRI							
Maranhão	GAVIÃO							
Maranhão	GUAJAJARA							
Maranhão	KAAPOR							
Minas Gerais	XAKRIABA							
Mato G. do Sul	KAIOWA	1	11	2	3	1		18
Mato Grosso	AWUARÁ							
Mato Grosso	KAMAYURÁ							
Mato Grosso	KARAJÁ							
Mato Grosso	PARECI							
Pará	JURUNA							
Pará	KAYAPO							
Pará	KAYAPÓ							
Pará	MUNDURUKU							
Pará	TIRIYÓ							
Paraíba	POTYGUARA							
Pernambuco	ATIKUM							
Pernambuco	XUKURU							
Paraná	GUARANI		2		1			3
Paraná	GUARANI M̃BYA							
Rondônia	AMONDAWA							
Roraima	INGARIKO			1				1
Roraima	MAKUXI		5	2				7
Roraima	WAPIXANA		1					1
Roraima	YANOMAMI		2	3			1	6
Roraima	YEKUANA		1					1
Santa Catarina	XOKLENG							
São Paulo	TERENA							
Tocantins	JAVAE		2					2
Tocantins	KARAJÁ							
Total Geral		1	41	19	8	3	1	73

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Edinaldo.pdf

Quadro 07: Número de casos de suicídio por Estado, etnia, faixa etária. Ano de ocorrência: 2016

UF	Etnia	2016					2016 Total
		10 a 19 Anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	50 a 59 Anos	Maior de 60 anos	
Acre	KAXINAWÁ						
Acre	POYANAWA						
Amazonas	ARAPAÇO		1				1
Amazonas	BANIWA						
Amazonas	BARE						
Amazonas	DESSANO						
Amazonas	HUPDE						
Amazonas	HUPDES						
Amazonas	KANAMARI						
Amazonas	KOCAMA			1			1
Amazonas	KULINA						
Amazonas	KULINA MADIJA						
Amazonas	MATSE						
Amazonas	MAYORUNA						
Amazonas	TARIANO						
Amazonas	TICUNA	5	2	1			8
Amazonas	TUKANO						
Amazonas	TUYUKA						
Amazonas	WANANO						
Amazonas	YANOMAMI						
Amazonas	ZURUAHÁ						
Amapá	GALIBI MARWORNO						
Amapá	WAIAPI						
Ceará	KALABAÇA						
Ceará	PITAGUARI				1	1	2
Ceará	TAPEBA						
Ceará	TAPUIA						
Ceará	TAPUIA-KARIRI						
Maranhão	GAVIÃO						
Maranhão	GUAJAJARA						
Maranhão	KAAPOR						
Minas Gerais	XAKRIABA						
Mato Grosso do Sul	KAIOWA						
Mato Grosso	AWUARÁ						
Mato Grosso	KAMAYURÁ						
Mato Grosso	KARAJÁ						
Pará	JURUNA						
Pará	KAYAPO						
Pará	KAYAPÓ						
Pará	MUNDURUKU	1					1
Pará	TIRIYÓ						
Paraíba	POTYGUARA						
Pernambuco	ATIKUM	1					1
Pernambuco	XUKURU						
Paraná	GUARANI						
Paraná	GUARANI M̃BYA						
Rondônia	AMONDAWA		1				1
Roraima	INGARIKO						
Roraima	MAKUXI	3	1	2			6
Roraima	WAPIXANA	1					1
Roraima	YANOMAMI	4	1				5
Roraima	YEKUANA		1				1
Santa Catarina	XOKLENG						
São Paulo	TERENA						
Tocantins	JAVAE						
Tocantins	KARAJÁ	1					1
Total Geral		16	7	4	1	1	29

Fonte: SIASI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS.

Disponível: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/515710/RESPOSTA_PEDIDO_Suicidio_Edinaldo.pdf

Analisando os dados estatísticos apresentados nos Quadros 01, 02, 03, 04, 05, 06 e 07, verifica-se que, entre 2010 a 2016, foram registrados 450 casos de suicídio indígena no Brasil, sendo que as ocorrências foram mais numerosas entre índios pertencentes às etnias Ticuna (138 casos) e Kaiowá (79 casos). A maioria dos suicídios foram cometidos por indivíduos na faixa etária entre 10 a 19 anos, resultado que apresenta consonância com as estatísticas atuais que apontam para um aumento em casos de mortes autoprovocadas envolvendo crianças e adolescentes.

Conforme o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, 44% dos suicídios indígenas ocorridos entre os anos de 2011 a 2016 foram cometidos por adolescentes entre 10 a 19 anos, percentual oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária (BRASIL, 2017).

Com o intuito de buscar explicações para o elevado número de suicídios envolvendo determinadas comunidades indígenas no Brasil, faz-se necessário conhecer um pouco da história e do contexto atual em que vivem. Em especial os povos Guarani-Kaiowá.

5.3 A etnia Guarani-Kaiowá e sua relação com os *tekoha*.

Os povos denominados de Guarani possuem uma grande variedade de “parcialidades”, segundo Giménez e Quinteros (1992), três se destacaram nos estudos étnicos históricos sobre esses povos:

Con posterioridad se va imponiendo la concepción de la existencia de tres grandes parcialidades, cuya ubicación espacial no se modificó demasiado desde fines del siglo XVIII: *los mbya, los paĩ tavyterä y los chiripá* [...] Las tres parcialidades señaladas se autodenominan de la siguiente manera:

a) Los *mbya, jeguakáva tenonde porangue'i*, es decir: los primeros escogidos que llevaron el adorno de plumas (deJEGUAKA, adorno plumario para la cabeza que caracteriza a la humanidad masculina; TENONDE, primeiro; PORÄ, bueno y GUE, discriminativo, es decir los mejores, los elegidos). Habitan en la provincia de Misiones, Argentina, y em el Paraguay Oriental.

b) Los *paĩ tavyterä* acetan gustosos esta denominación que los identifica como habitantes del centro de la tierra (de PAI, apelativo dos seres míticos; TAVA, pueblo, ciudad; VY e YBY, fundamento, origen, princípio, centro; TE:ETE, verdadeiro; RÄ, futuro), el pueblo que será – hoy y siempre – centro verdadeiro. Ocupan parte de Paraguay y Brasil, a 100kms. Aproximadamente de cada lado de la Cordillera del Amambay; em el estado de Mato Grosso los conocen com el nombre de **Kayová**.

c) Los chiripá no se identifican com este nombre sino que se consideran ava-katuete, estos es, verdaderos hombres. Se asientan al este de Paraguay y al sur del Brasil. Los apapokúva estudiados por Kurt Unkel (1944) pueden ser considerados como una de las bandas migratorias de los chiripá desplazadas al sur de Brasil durante el siglo pasado. (GIMÉNEZ e QUINTEROS, 1992, p. 32-33 grifo nosso).

Do ponto de vista histórico, o povo Guarani-Kaiowá apresenta aspectos de revelam algumas características inerentes a essa etnia, como descrito a seguir:

Historicamente os Guarani Kaiowá descendem dos Guarani-Itatim, cujo território tradicional estava situado entre os rios Paraguay, Mbotetý (Miranda), Pira”i-Aquidaban e as terra de Xerez. Em fins do século XVIII os Itatim são encontrados na atual região habitada pelos Kaiowá, passando a ser conhecidos com este nome genérico e suas corruptelas – Caaguá, Caingúá, Kaa”iwa, Cayuá, Kayová, Kaiwá. Seu significado etimológico é o de habitante da selva, do mato; em guarani: kA”a – mata, selva, floresta, bosque; yguá – os que são do. Na literatura de fala espanhola estes índios são reconhecidos como monteses ou montaraces, de “monte”, “selva”. Este aspecto do Kaiowá-reko (jeito de ser Kaiowá) precisa ser profundamente compreendido, uma vez que é inevitavelmente na “abertura” das fazendas e consequente desmatamento que são encontradas aldeias dos Kaiowá (AZEVEDO, 2015, p. 38).

O contato dos Guarani-Kaiowá com a população não-indígena perpassa por momentos cruciais, nos quais essa etnia vivencia muitas lutas pela manutenção do seu território, conforme se explica a seguir:

Com a guerra da Tríplice Aliança, no século passado, os Kaiowá foram forçados a outro tipo de contato com os não índios, pois seu território foi palco de muitas lutas dessa guerra. Em seguida, com a guerra do Paraguai, a fronteira entre o Brasil e esse país foi delimitada e a linha seca que vai de Bela Vista/Bella Visa a Paranhos/Ype Hu dividiu a partir daí duas histórias originais e duas políticas indigenistas específicas, que vão desembocar em novas organizações espaciais diferenciadas (AZEVEDO, 2015, p. 38).

A partir das considerações de Azevedo (2015), infere-se que um dos aspectos cruciais que podem estar relacionados à problemática do suicídio indígena mais prevalente entre os Guarani-Kaiowá refere-se aos impactos que as políticas indigenistas brasileiras causaram no processo de organização espacial e na distribuição dos chamados “*tekoha*”, termo que os índios dessa etnia utilizam para se referir à comunidade ou ao território tradicional. A título de comparação, no Paraguai, as terras foram demarcadas atendendo de forma mais satisfatória a manutenção dos territórios tradicionais, num total de 21 áreas, contribuindo para que os Pai Tavyterã pudessem manter certo grau de autonomia psicossocial (AZEVEDO, 2015)

Ainda conforme Azevedo (2015), as 21 áreas demarcadas em território paraguaio somam 20.489 hectares, sendo a população de 4.515 pessoas, ou 903 famílias nucleares, perfazendo 975 hectares em média para cada “*tekoha*”, ocupados em média por 215 pessoas ou 45 famílias. Em contrapartida, no Brasil, as terras demarcadas perfazem 19.332 hectares para uma população de 17.364 pessoas, ou 3.472 famílias nucleares. Os Pai Tavyterã possuem

quatro vezes mais terra que os Kaiowá que vivem em território brasileiro, apesar das dimensões continentais do Brasil.

A manutenção desses espaços territoriais tradicionais para o povo Guarani-Kaiowá tem sido uma das principais lutas dessa etnia ao longo dos anos, entrando em conflito direto com os interesses de latifundiários, fazendeiros, posseiros, que buscam se apropriar desses territórios.

No Mato Grosso do Sul, apesar de todas as pressões para que os índios sejam “aldeados”, resistem seis tekoha em seus territórios tradicionais: Paraguaçu, Piracua, Cerrito, Sete Cerros, Panambizinho e Panambi. Outras quatro comunidades foram expulsas de seus territórios tradicionais e, embora alojados em outras áreas indígenas, ainda lutam por suas terras: Jarará, Jaguapiré, Guasuti, Jaguari. Estas comunidades vêm lutando com todas as suas forças para permanecer onde estão, mantendo o kaiowareko (jeito de ser Kaiowá), reivindicam uma área onde possam equilibrar o tamanho desta com o número de famílias, a ocupação agrícola, e permanecem próximos a marcos geográficos considerados por eles como sagrados (AZEVEDO, 2015, p. 40).

Staliano, Mondardo e Lopes (2019) discutem a problemática do suicídio entre os Guarani-Kaiowá e suas articulações com a cultura e as relações de poder e resistência. Segundo esses autores,

Para os Guarani e Kaiowá a saúde está intimamente relacionada à questão da luta pela terra, que engloba desde a desterritorialização histórica de seus tekoha, à territorialidade compulsória vivida nas reservas e o movimento contemporâneo de reconhecimento de seus territórios tradicionais (STALIANO, MONDARDO e LOPES, 2019, p. 11).

Nota-se que a questão da territorialidade e do território assume notável importância quando se propõe discutir aspectos relacionados à saúde indígena, em especial para os Guarani-Kaiowá.

Na perspectiva de Mondardo (2017), o território, muito mais do que um espaço geográfico delimitado, condensa formas de obtenção de reconhecimento étnico e conquista de direitos, como saúde, educação, segurança, terra, etc. Assim, a presença dos Guarani-Kaiowá em seus territórios originários ou antigos *tekoha* é condição fundamental para manutenção da saúde física e mental dos povos dessa etnia.

No entendimento de Moraes (2016), a territorialidade Guarani-Kaiowá pode ser concebida por dois vieses: pela perspectiva do Estado e pela vivência dos próprios índios. Para as instâncias administrativas estatais, trata-se de um problema administrativo-territorial, analisado com mapas, linhas e limites geográficos. Em contrapartida, no dia-a-dia das comunidades, a territorialidade é lida como modo de vida, baseado fundamentalmente na

circulação de pessoas, objetos, afetos e nas relações de parentesco que envolve tanto os vivos quanto os mortos.

A luta dos Guarani-Kaiowá pela reocupação dos seus territórios originários extrapola e muito a noção de propriedade e de posse. Trata-se do sentimento de pertencimento, que lhes dão sentido à própria existência. Nas palavras da psicanalista Maria Rita Kehl,

A razão dos guarani para permanecer na terra é um pouco mais sofisticada. Eles não admitem abandonar seus mortos. Que por sua vez foram assassinados porque se recusavam a abandonar a terra de seus mortos mais antigos -e assim por diante. O fio que dá sentido à vida deles não se rompe com a morte dos antepassados. Ao contrário: os vivos continuam a se relacionar com os que se foram. Continuam ligados não apenas à memória dos mortos, como nós, mas ao terreno onde morreram e foram enterrados, pois ali eles ainda estão. Não se abandona a terra que abriga os corpos dos antepassados, dos companheiros e filhos, dos que morreram de velhice, de doença ou de tiro, ao proteger o mesmo cemitério indígena onde repousam antepassados ainda mais remotos. [...] O que eles reivindicam não é a propriedade, é o pertencimento. Não é a terra "deles", embora saibam que a lei do branco exige papel passado. Não é a propriedade, é a terra à qual eles pertencem. Essa língua é mais estrangeira ao capitalista do que a própria língua indígena. A terra não é posse, não se troca por dinheiro, não serve para especular. Serve para você saber quem você é (KEHL, 2013, s.p).

Na perspectiva de Kehl (2013), existe uma relação de sacralidade dos Guarani-Kaiowá com os territórios originários (os *tekoha*), lugares onde repousam os corpos dos seus antepassados e as memórias e afetos relacionados às vivências coletivas. Retirá-los arbitrariamente desses espaços sagrados implica uma ruptura na própria identidade desses povos.

De acordo com Staliano, Mondardo e Lopes (2019), a desterritorialização tem forjado, de um lado, territorialidades de morte, a exemplo do aumento expressivo de suicídios e, por outro, territorialidades de vida, que se manifesta nas lutas travadas pela reocupação efetiva dos antigos *tekoha*.

Esses conflitos travados pela demarcação de terras têm sido marcados pela violência que ceifa a vida de muitos índios não só pelo suicídio, mas também pelos homicídios. Nesse sentido, na perspectiva de alguns estudiosos, há um processo de violência institucional, étnica e cultural sofrida pelos Guarani-Kaiowá e praticada pelo Estado numa lógica necropolítica, caracterizada pelo extermínio do Outro (STALIANO; MONDARDO e LOPES, 2019).

Na ótica necropolítica, os povos tradicionais são considerados obstáculos que precisam ser combatidos pelo explorador. Nesse sentido, tanto o Estado quanto a iniciativa privada exercem o necropoder ao estabelecerem para seus empreendimentos zonas de

sacrifício, ou seja, áreas ocupadas por comunidades tradicionais alijadas do apoio do poder público e que se tornam vulneráveis a todas as formas de violência (MBEMBE, 2011).

Nesse momento cabe lembrar de Marçal de Souza Tupã'i, líder indígena Guarani Nhandeva. Marçal de Souza Tupã'i também habitava a região de Mato Grosso Sul onde vivem os Guarani-Kaiowá, Marçal foi uma liderança indígena que a partir dos anos 1970 já denunciava a situação dramática das terras indígenas no Mato Grosso do Sul. Em 1980 na visita do Papa João Paulo II, Marçal Tupã'i denunciou a invasão de terras indígenas e os assassinatos de seus povos, de seus antepassados, depois do encontro com o Papa, em 1983, Marçal de Souza Tupã'i foi assassinado a tiros.

5.4 Aspectos culturais e suas implicações no suicídio indígena

A problemática do suicídio indígena abrange diversas dimensões, dentre elas os aspectos culturais, os quais devem ser considerados quando se pretende analisar como e por que os índios brasileiros, em especial os Guarani-Kaiowá, têm apelado ao suicídio de forma tão recorrente. Nesse sentido, torna-se necessário apresentar e buscar compreender os significados que esses povos atribuem a um fenômeno específico: o *jejuvy*.

Em Guarani, o termo *jejuvy* evoca semanticamente à ideia de aperto na garganta, voz aniquilada, palavra sufocada, alma aprisionada (FOTI, 2004). Na prática, trata-se de um ritual bastante antigo, por meio do qual a etnia indígena Guarani-Kaiowá pratica o suicídio, concretizado, principalmente, por meio de enforcamento e ingestão de veneno. Segundo Foti (2004, p. 53) “há cinco séculos o jesuíta Ruiz de Montoya já fazia referência a enforcamentos entre esses índios”. Apesar de ser reconhecido como costume ancestral, inerente à cultura desse povo, o *jejuvy* representa, também, um grave problema de saúde pública, já que o número de suicídios em comunidades indígenas brasileiras tem crescido em escala epidêmica nas últimas décadas.

O suicídio parece ser sempre vivenciado pelos próprios guaranis como um ato decorrente de ações maléficas produzidas por terceiros. Neste sentido, sendo uma afecção ou enfermidade literalmente provocada por feitiçaria, o estado de espírito coletivo que o acompanha é compatível com o homicídio propriamente dito:

O exame médico-legal e a comprovação objetiva de que se trata de um suicídio em nada modifica o entendimento guarani sobre o fenômeno. A consequência social desta interpretação peculiar são os estados de tensão entre parentelas, culminando com o enfrentamento e a expulsão do “culpado” e seu grupo familiar. Pediríamos ao leitor especial atenção quanto a esta vivência dos guaranis: a morte provocada por

feitiço, seja qual for, é sempre entendida como homicídio (LEVCOVITZ, 1998, p. 50).

Ainda neste sentido, Souza (2014) utiliza como estratégia elucidativa o “Mito do *Jurupari*”, para que, ainda de modo parcial, se possa compreender o que do universo simbólico indígena é correlacionado à temática do suicídio no contexto não indígena. Como é apontado pelo autor, os mitos descrevem um “acontecimento ocorrido em um passado primordial e costumam ser ativamente acessados para dar sentido às experiências do cotidiano” (SOUZA, 2014, p.1066).

Em pesquisa de campo, Souza (2014) coletou versões sobre o Mito do *Jurupari* com vista a explorar aspectos relacionados à juventude, uso do álcool e “violência interpessoal”. A narrativa que se segue é uma síntese destas versões recolhidas:

Jurupari é uma espécie de ser pertencente ao espaço-tempo do mundo primevo, tinham em seu próprio corpo flautas, que inclusive zuniam com o tempo. Ele era responsável pelo processo de iniciação dos primeiros jovens no complexo mítico-ritual do culto às flautas sagradas. O processo era marcado, dentre outros aspectos por restrições alimentares. Dois jovens que estavam sob seus cuidados, sistematicamente desobedeciam estas restrições. Em represália ele resolve engoli-los. Dentro do *Jurupari*, os jovens que apodreciam, também tratavam de tramar como fugir. Usando de um conjunto de artimanhas os jovens fogem e vão contar para os seus pais o que ocorrera. Estes decidem se vingar. Para isso desenvolvem um plano que consistia em convidá-lo para uma festa de caxiri (tipo de bebida alcoólica fermentada tradicional), e aproveitando de sua embriagues, matá-lo. Um importante inconveniente deste plano é que eles não sabiam como matar o *Jurupari*. Ademais, de algum modo *Jurupari* sabia da trama que era montada contra ele. Mas mesmo assim, foi para a festa. No começo as pessoas lhe ofereciam diferentes tipos de caxiri, mas ele recusava dizendo que não gostava. Até que em determinado momento aceita um tipo de caxiri. Depois disso, as pessoas começaram a tentar matá-lo, mas sem êxito. *Jurupari* ficava de certo modo desdenhando, dizendo que só havia uma forma dele ser morto e que só ele mesmo sabia. Após um tempo bebendo caxiri, *Jurupari* resolveu dizer como poderia ser morto: na fogueira. Ao se indagar diferentes narradores sobre o motivo dele revelar este segredo, alguns dizem “ele queria morrer”, “ele precisava morrer”. Outros dizem: “o caxiri soltou a língua dele”, ou “ele foi enganado”. Então *Jurupari* foi jogado na fogueira. Logo após se ouviu um grande estrondo, como se seu corpo tivesse explodido. Nesta explosão saiu do corpo do *Jurupari* algo que voou longe. Posteriormente puderam verificar que de seu corpo se desprenderam paxiúbas (tipo de palmeira). E foi a partir destas paxiúbas que as pessoas passaram a fabricar as flautas sagradas utilizadas pelos mais velhos, no processo de iniciação dos mais jovens (Diário de Campo do 1º autor, setembro/2008) (SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 1067).

É oportuno, nesse contexto, indagar se a morte de *Jurupari* poderia ser considerada um caso de suicídio, já que, além de aceitar participar da festa, ele revela o único modo pelo qual ele poderia morrer. Contudo, Souza (2014) ressalta a importância de se considerar e reconhecer o universo simbólico e sociocultural indígena específico para que, a partir daí, se possa realizar um exercício interpretativo do fenômeno posto. Afinal, quem se

mata quer morrer? E quem se mata, morre?

Outra notável narração mítico-religiosa e descrita por Darcy Ribeiro (1976) relata as experiências de *Uirá*, um índio da etnia Urubu-Kaapor que sai à procura de Maíra, o criador. Contudo, no mês de novembro de 1939, depois de uma série de desenganos, *Uirá* se lança ao Rio Pindaré, na Vila de São Pedro, estado do Maranhão.

Darcy Ribeiro reforça que o caso de *Uirá* não deve ser caracterizado como um messianismo, ou seja, *Uirá* não arrastou seu povo à sua aventura, nem foi, em qualquer momento, reconhecido como um profeta ou um messias. O autor aponta que *Uirá*, diante de uma situação de desengano, iniciou uma jornada individual, apenas com a presença de sua mulher e de seus filhos, a qual já havia sido feita no passado por outros índios Urubu-Kaapor (RIBEIRO, 1976).

Diante de uma série de desenganos vivenciados por *Uirá*, e com o fim do seu gosto de viver diante das tentativas tradicionais – isolamento e guerra, para reconquistar esse controle emotivo, *Uirá* se lança em uma última empreitada, a qual mencionam os mitos tribais “a lenda dos heróis que foram vivos ao encontro de Maíra, o criador” (RIBEIRO, 1976, p.20).

Cabe ressaltar que tal ação de isolamento, descrita anteriormente, representa uma possibilidade de cura para o estado *Iñaron*, descrito pela tradição Urubu-Kaapor. Esta expressão Tupi (*Iñaron*) pode ser traduzida como estado psicológico de extrema irritabilidade de que pode ser debelado mediante o isolamento de quem se declare nesta situação. Durante este período, o “abandonado” cura-se rapidamente destruindo tudo o que lhe foi deixado. Após o ataque de fúria, os parentes retornam como se nada tivesse acontecido, reconstroem o que foi destruído para que a vida prossiga normalmente. Diante disso, Ribeiro (1976) destaca que tal isolamento não possui um caráter de excluir àquele que se declara *Iñaron*, já que o grupo “reconhece e salienta o interesse coletivo na crise emocional individual, proporcionando ao raivoso um amparo e reverência que devem contribuir muito para fazê-lo voltar prontamente ao normal” (p. 19), desviando tensões e conflitos dentro do próprio povo.

Não retomando o controle emotivo diante do isolamento, *Uirá* se lança a expedição em busca do seu criador. Ribeiro (1976, p. 25) o descreve como “magnífico em seus adornos, corpo pintado, à imagem do herói mítico, armas à mão, atenção de quem enfrenta a mais terrível provocação expressa no rosto, nos gestos”. Porém, essa mesma imagem não era corroborada pelos sertanejos maranhenses com quem *Uirá* iria se deparar, sendo visto apenas como um índio nu, armado e furioso.

O roteiro rumo à casa de Maíra coincidiria com os rumos da cidade de São Luís, capital do Maranhão. Já em seu primeiro contato com um núcleo sertanejo, que temendo ser

atacado, lança-se contra *Uirá* prendendo-o e espancando-o. Nos vilarejos seguintes, cada vez mais numerosos, reações mais violentas eram percebidas, contudo seguia em frente (RIBEIRO, 1976).

Ribeiro (1976) aponta uma possível interpretação de *Uirá* aos ataques sofridos como provocações míticas, esperadas e aceitas. Segundo o autor, elas eram a expiação, o preço, a verdadeira estrada que o levaria à Maíra.

Seguindo a sua jornada, já na cidade de Viana, município com autoridades e costumes mais exigentes, e tido como um índio louco que não aceitava usar vestimentas, *Uirá* é encaminhado e detido na capital São Luís. Encontrado por servidores do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) é posto em liberdade e em tratamento, enquanto aguarda pelo regresso à sua aldeia. Por ocasião na Praia de Madre de Deus, lança-se ao mar, como um nítido “último esforço para alcançar a morada do herói-mítico” (RIBEIRO, 1976, p. 28).

Já no Rio Pindaré, diante do caminho de volta pra casa, *Uirá* cumpre o objetivo que se propôs: “não podendo ir vivo ao encontro de Maíra, sempre foi, porque a morte também é caminho para ele” (RIBEIRO, p. 29).

Neste sentido, Darcy Ribeiro (1976) indica que o “suicídio” de *Uirá* foi uma resposta estruturada pela cultura do povo Urubu-Kaapor, obviamente ativada pelas questões sociais concretas que envolveram a vida de *Uirá*, ou seja, não seria uma resposta meramente patológica, representa o momento em que viver se torna menos importante que morrer (como mencionado anteriormente por Camus), ou melhor dizendo, que o morrer de forma ritualística e espiritual seria a última resposta do modo de viver de *Uirá* diante de uma realidade que impossibilita o modo verdadeiro de estar-no-mundo.

Um dos autores que trouxeram significativas contribuições para a compreensão do fenômeno do suicídio, como dito anteriormente, foi Èmile Durkheim. Baseando-se nos pressupostos desse autor, Levcovitz (1998), expõe que:

A necessidade de promover o rearranjo e se adaptar às novas circunstâncias produz um aumento das taxas de suicídio. Os momentos de mudança, caracterizando-se por uma desregulamentação temporária da vida social, produziriam um desencontro entre os anseios do homem e suas verdadeiras possibilidades, um estado denominado anomia. Aqueles que pouco têm, sendo regulados pelas normas sociais, não almejam além de seus próprios limites, vivendo conformados à sua própria existência. As mudanças súbitas da sociedade produzem um descompasso entre aquilo que efetivamente se pode obter da vida, criando as condições propícias ao suicídio. Esta forma de autoagressão, estritamente relacionada à mudança, foi denominada suicídio anômico (LEVCOVITZ, 1998, p. 83).

No que se refere ao conceito de anomia, abordado por Durkheim, é possível

realizar algumas ponderações, já que o suicídio é comum em apenas determinados grupos indígenas que entram em contato com a cultura colonizadora. Além de flutuantes, as taxas apresentam surtos de elevação, seguidas, geralmente, por longos períodos de diminuição. No Brasil, os índios Terena, uma tribo bastante numerosa, convivem na mesma reserva de Dourados com os Guaraní-Kaiowá e têm, ao contrário destes, taxas desprezíveis de suicídio. Mesmo entre os Guaranis, o grupo Mbyá não apresenta registro de suicídio. Entre as diversas reservas kaiowá, encontramos variações nas taxas de suicídio. Observou-se que nas comunidades guaranis que estão em luta pela posse da terra, o suicídio é um fenômeno extremamente raro ou inexistente. Nas reservas onde a terra está assegurada, nota-se um paradoxal aumento das taxas de suicídio (LEVCOVITZ, p. 105). Mas cabe lembrar que as reservas demarcadas são extremamente pequenas, como dito anteriormente nesse estudo.

6 A SAÚDE MENTAL EM COMUNIDADES INDÍGENAS

6.1 Assistência à saúde indígena no Brasil e suas bases históricas

Abordar a saúde indígena no Brasil e, mais especificamente, a saúde mental dessa população, implica, à priori, contextualizar a forma com que foi forjada a relação entre índios e não-índigenas, desde que foram estabelecidos os primeiros contatos entre esses povos.

O contato entre colonizadores europeus e as sociedades originárias foi permeado, desde os primórdios, por resistência, oposição e conflito. Notadamente, em diferentes tempos históricos, à figura indígena foi conferida uma imagem de obstaculização do desenvolvimento econômico nacional. Para romper com os entraves à expansão, instaurou-se uma relação desigual de forças entre colonizadores e colonizados, acarretando a este segundo grupo uma posição de sujeição e dependência (BRASIL, 2002).

O historiador e ex-diretor da *Royal Geographical Society de Londres*, John Hemming, em sua obra “Ouro vermelho: a conquista dos índios brasileiros” descreve que o contato entre nativos e europeus foi, em grande parte, permeado pela violência. A truculência do movimento colonizatório, instituído sob conflitos armados, processos de destribalização e trabalho escravo, dizimou diversas etnias.

Para Hemming (2007), as populações nativas sofreram um declínio populacional agudo a partir da colonização, sendo expostas às doenças europeias (às quais detalha como epidemias e doenças contagiosas como varíola, sarampo, malária e doenças sexualmente transmissíveis). A aniquilação indígena, segundo o autor, foi consequência, ainda, das mudanças na dinâmica de trabalho e *modus vivendi* dos nativos, que foram destituídos dos seus costumes, táticas de guerrilha e territorialidade.

Brasil (2002) calcula que na metade do século XVI havia cerca de 5 milhões de indígenas no Brasil, população comparável a da Europa, no mesmo período. Este contingente populacional passa a sofrer uma redução drástica com as expedições que, contrárias às manifestações culturais e religiosas dos nativos, impunham a cristianização e “domesticação” dos índios. A resistência indígena, e, sobretudo, as epidemias de doenças infecciosas (cujo impacto era favorecido pelas mudanças no modo de vida) culminaram na desestruturação social, na perda do capital simbólico e dos valores coletivos (inclusive da linguagem, manifestada neste período, poderia custar a vida).

A contemporaneidade evidencia a diminuição gradativa de índios, o que não coibiu a exposição destes às situações de conflito, principalmente no que se refere à posse da

terra, exploração de recursos naturais e implantação de projetos de desenvolvimento em seus territórios (BRASIL, 2002).

Como visto, desde o período colonial, os interesses político-econômicos espelham as relações de força e os conflitos que envolvem o contato com as populações indígenas. A sobrevivência dos povos tradicionais depende de políticas públicas nacionais, mas, sobretudo, da promoção dos agentes de contato, tendo em vista que para uma assistência compatível com as demandas regionais, é preciso considerar que o processo saúde-doença para os povos indígenas tem determinantes específicos, atrelados ao uso de seus territórios e saberes transgeracionais (BRASIL, 2002).

6.1.1 Assistência à saúde indígena no Brasil: da Colônia à República

No período do Brasil Colônia, os cuidados às demandas relacionadas à saúde dos indígenas eram efetivados pelos missionários, que em consonância aos interesses da Coroa Portuguesa e governantes locais, se dedicavam ao “salvamento” das almas e corpos desses povos. O governo dava suporte aos missionários para que estes, por sua vez, garantissem a catequização, pacificação e submissão dos nativos. A expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias no início do século XX resultaram em grandes massacres e altos índices de mortalidade indígena por doenças contagiosas. Em função disso, em 1910, foi instituído o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e Trabalhadores Nacionais (BRASIL, 2002).

Não obstante a criação do SPI, não houve sistematização dos serviços em saúde, havendo, somente, o cumprimento de demandas emergenciais. Com o intuito de alcançar as populações indígenas através das ações básicas em saúde, surgiu, na década de 50, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), com práticas voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, instituiu as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Os profissionais das EVS exerciam práticas assistenciais curativas e emergenciais, mas foram se concentrando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer (BRASIL, 2002).

A maioria dos operadores do cuidado que compunham as EVS não possuíam qualificação alguma na área da saúde, confirmando o histórico de negligência para com a população indígena. Notadamente, além de terem negado o direito à assistência básica à

saúde, esta, quando de alguma forma efetivada, desconsiderava a própria cultura e especificidades dos sujeitos atendidos,

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde (BRASIL, 2002, p.08).

Ainda que de maneira superficial, o Estado assume a responsabilidade pela saúde indígena por meio da Lei 6001, de dezembro de 1973, também conhecida como Estatuto do Índio. Sob a proteção desta lei os indígenas passam a ter assegurado o acesso ao regime previdenciário; meios de proteção à saúde e assistência especial dos poderes públicos em estabelecimentos destinados a este fim (Art. 54 e 55). A década de 1980 fomenta os espaços de discussão para concretização de uma política de saúde voltada aos povos indígenas, tendo como marcos os Encontros de Saúde do CIMI, os encontros anuais de Antropologia Médica na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e encontros promovidos pela FUNAI (BRASIL, 2002).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã, estipulou-se o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes o direito à capacidade civil plena, de organização social (costumes, línguas, crenças e tradições). A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, abrindo espaço para a mobilização em busca da atenção diferenciada à saúde nesse sistema. As leis orgânicas da saúde publicadas em 1990, entretanto, não fizeram menção a um modelo assistencial específico à saúde dos povos indígenas, mantendo as discussões neste sentido como atribuição da FUNAI (BRASIL, 2002).

Langdon (2007) acrescenta que a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) assinalou o reconhecimento internacional dos direitos indígenas em 1989. Esse documento foi o primeiro instrumento legal reconhecido internacionalmente e concebido com o intuito de proteger especificamente os direitos indígenas, exigindo o reconhecimento e o respeito à diversidade cultural dos povos nativos em todas as dimensões, incluindo o emprego, a educação e a saúde. Para a autora, o aumento da representatividade e das organizações indígenas nos últimos 25 anos tem influenciado as mudanças nas políticas relacionadas às minorias étnicas no Brasil, sendo a Constituição Federal de 1988 um elemento

essencial nessa composição multiétnica (LANGDON, 2007).

Em outubro de 1991 foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com a missão de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no acompanhamento da saúde dos povos indígenas, por meio da articulação intersetorial no governo e com a sociedade civil organizada. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), foi instituído, anos depois, pela Lei nº 9.836/1999. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), promulgada em 2002, formulou os horizontes de trabalho para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de todo o Brasil. Em face da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, em 2010 foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com a atribuição de realizar a gestão e a execução das ações de atenção primária para os povos indígenas que vivem em terras demarcadas em todo o território nacional (BRASIL, 2019). Deste modo,

Para implementar o modelo assistencial adotado no SasiSUS, a SESAI executa suas ações por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que se definem como espaços territoriais etnoculturais e populacionais dinâmicos. As ações de atenção primária à saúde indígena e de saneamento básico são realizadas nas terras e territórios onde vivem os povos indígenas e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS (BRASIL, 2019, p.08).

Para a efetiva assistência aos povos indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena é importante articular o sistema oficial de saúde aos saberes e práticas tradicionais, promovendo o diálogo intercultural com os diferentes sujeitos e comunidades étnicas, de modo a contemplar suas especificidades epistêmicas. Atualmente, são alguns dos pilares estabelecidos pela PNASPI: uma atenção primária diferenciada em contextos interculturais (com garantia da autonomia de cuidado), e o fortalecimento das medicinas tradicionais (BRASIL, 2019).

Batista e Zanello (2016) destacam que até meados de 2010, o subsistema de saúde indígena foi gerido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Posteriormente, sob a administração da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), novas vertentes de cuidado foram sendo delineadas,

Na SESAI há uma área técnica de saúde mental, a qual foi constituída por uma equipe de profissionais, entre eles, psicólogos, assistentes sociais, antropólogos e outros. Essa interdisciplinaridade ocorre tanto na sede quanto nos DSEIs, os quais planejam ações em saúde mental. Diversas frentes, baseadas em variadas metodologias, são elaboradas, de acordo com o contexto e a urgência de cada demanda (BATISTA; ZANELLO, 2016, p.404).

Batista e Zanello (2016) elucidam, no entanto, que considerando a complexidade inerente à assistência em saúde das populações indígenas, as práticas institucionais da SESAI em saúde mental ainda estão processo de construção.

Langdon (2007) alerta que apesar dos esforços de prestação de uma atenção diferenciada, existe uma tendência à “essencialização” das noções de cultura e tradição, pois apesar da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas supor que os cuidados em saúde devam estar assentados na particularidade cultural da comunidade indígena, respeitando suas práticas e saberes tradicionais, a FUNASA não conseguiu desenvolver ações que orientem efetivamente as equipes de saúde em relação à operacionalização desta prática.

A assistência à saúde que não desconsidere a historicidade de um povo é retratada na obra “Hitupmã’ax: Curar”. Livro resultante da pesquisa e do percurso acadêmico de estudantes Maxakali no Curso de Formação Intercultural de Educadores Indígenas - FIEI/UFG. Os Maxakali buscaram no meio acadêmico uma forma de apresentar sua saúde, destacando em suas narrativas o desejo de “estudar na universidade para fazer um livro que ensine a FUNASA a trabalhar com a gente” (ALMEIDA *et. al.*, 2008). A composição da obra revela não apenas as formas com que este grupo étnico concebe os processos de saúde a doença, mas a simbologia dos rituais e o intento de preservação destes.

6.2 Saúde mental indígena: relação entre corpo, espírito e territorialidades

Langdon (2007) calcula que, enquanto minoria étnica, os povos indígenas representam 0,2% da população brasileira, sendo maioria pertencente à micro sociedades (comunidades compostas por menos de 200 indivíduos). Localizadas em diferentes lugares (reais e simbólicos), traduzem uma multiplicidade de grupos e idiomas nativos, sendo impossível ilustrar uma “cultura” indígena única.

Contribuindo para essa situação de diversidade cultural, os grupos se encontram em diversos estados de contato: em um extremo, poucos se mantêm isolados ou semi-isolados e sofrem o impacto da violência e das doenças de contacto. No outro extremo, que é a situação da maioria, os índios estão em contato frequente e contínuo com a sociedade. Essa última situação caracteriza a maior parte das regiões fora do Amazonas. No Sul, bem como no Nordeste, os Índios enfrentam uma situação de saúde semelhante à da população carente em geral: alta prevalência de desnutrição, tuberculose, problemas dentários, parasitas intestinais, alcoolismo, alta taxa de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida, etc. Apesar de não haver estatísticas disponíveis, a AIDS parece poder se tornar a nova epidemia ameaçando a sobrevivência dos povos indígenas (LANGDON, 2007, p.07).

A obra “Hitupmã’ax: Curar” retrata os estados de saúde/doença e rituais de cura

do grupo étnico Maxakali. Para este grupo étnico, os espíritos e os micróbios são tidos como indistintos, sendo importante, para se obter a cura, “ouvir o canto dos espíritos” (ALMEIDA *et. al.*, 2008, p.23).

No guia, é possível observar a forma com que os nativos concebem e manejam quadros de puerpério, estados febris, infecções respiratórias, má-formação congênita, infecções de pele, dentre outros. Atentemo-nos, contudo, ao que as oralidades apontam como o “ficar doido”, ou “virar *Inmoxã*”.

Inmoxã representaria o espírito dos mortos que durante a vida desrespeitaram os padrões de conduta e os preceitos da religião Maxakali. Uma das transgressões citadas pelos autores se refere às restrições do puerpério, como a ingestão de carne vermelha. Tal ato levaria à perda da consciência de si, do Outro e da própria humanidade (ALMEIDA *et. al.*, 2008).

Cabe ressaltar neste momento que, apesar das especificidades históricas e de nomenclatura dos diversos povos indígenas sobre o processo de adoecimento (*Inmoxã* para os Maxakali, *Iñaron* para os Urubu-Kaapor), as práticas e rituais de cura apresentam características igualmente histórico-culturais que não devem ser desconsideradas.

Os estudos de Vieira (2009) ratificam que o consumo de carne vermelha, entre os Maxkali, é o principal impeditivo para o casal (que vive o resguardo de forma simultânea nesta cultura). Desrespeitar o resguardo levaria a pessoa a uma natureza que esta etnia caracteriza como “doida” (*ptui kummuk* – cabeça ruim), transformando-se em *Inmõxã*. Conheci um homem Maxakali que é considerado louco tanto pelos índios quanto pelos brancos. Os Maxakali dizem que ele comeu carne e quebrou o resguardo, por isso enlouqueceu” (VIEIRA, 2009, p.315).

Eles fizeram um teste para ver se ele virou *Inmõxã* mesmo. Quando mostraram o sangue, ele avançou e comeu tudo de uma vez. Todas as *ũhex* ficaram chorando, a mulher dele trouxe um menino pequeno para perto, e ele quase matou o menino. Mariano e outras pessoas deram um empurrão nele. O irmão dele mandou *Tatakox* levar *Inmõxã* para o rio e matar afogado (ALMEIDA *et. al.*, 2008, p.175).

Visto e temido pelas crianças, o indivíduo passa a ser chamado de *Inmõxã* ou “bicho”, dado o comportamento condizente com o primitivismo animal. A atipia condutual, como andanças pelo mato, pelas estradas ou pela cidade, a relutância em se aproximar das aldeias, a emissão de ruídos em substituição da linguagem (seja em maxakali ou em português) conferem ao indivíduo um estatuto de perda da essência humana. As narrativas analisadas por Vieira (2009) destacam os rituais (*hiptop* – curar-se, melhorar), que buscam a

cura, não evidenciando nenhum resultado.

Vieira (2009) expõe que a cosmologia maxakali considera que todos os sujeitos possuem alma, de maneira que a diferença entre os seres é construída no corpo. Tanto as relações de parentesco quanto o processo de construção humana se edificam na “co-habitação, do assemelhamento corporal, da observação de resguardos e da relação ritual com os *yãmiy*, os espíritos” (VIEIRA, 2009, p.310). Ações contrárias às crenças, como a quebra do resguardo, o consumo de cachaça ou do verme da taquara e o incesto operam como vetores de transformação corporal, implicando na perda da condição humana, dando espaço ao *Inmõxã*, ou “espírito ruim”.

É consenso na literatura que os problemas enfrentados pelas comunidades indígenas, sofrem influências sociais, culturais, econômicas e políticas. Mais recentemente, ecologistas também têm evidenciado preocupação devido à poluição de rios, desmatamento e o confinamento indígena em reservas. Tais ocorrências alteram diretamente os modos de sobrevivência dos povos ancestrais, que, no passado, migravam suas aldeias quando em diminuição dos recursos de caça, pesca, colheita e mesmo escassez na agricultura. Além disso, a exposição dos índios nos circuitos de contágio de doenças das quais a população não indígena é portadora tem ocasionado a aniquilação de etnias, a despopulação de grupos e a debilitação dos sobreviventes (RIBEIRO, 1996 *apud* GRUBITS; FREIRE e NORIEGA, 2011).

De modo geral a aproximação com a sociedade capitalista e a delimitação territorial das reservas indígenas resultaram no cerceamento da mobilidade e na obstrução do nomadismo inerente à cultura. Impedir o deslocamento dos grupos representa não apenas o impacto na dinâmica histórico-cultural, uma vez que, obrigando-os a permanecerem em um território estrito, estes passam a estar expostos às condições adversas do ambiente (poluição, contaminação do solo e águas) e consequentemente, ao adoecimento. As imposições relacionadas à desterritorialização, catequização e educação dos povos ancestrais com base na cultura não indígena tem impactado seus próprios referenciais, desorganizando-os social e culturalmente até levá-los a conflitos e desajustes, que na maioria das vezes culminam na adoção de vícios como o do alcoolismo, práticas de prostituição e morte autoinfligida (RIBEIRO, 1996 *apud* GRUBITS; FREIRE e NORIEGA, 2011).

De acordo com Souza (2009) o grupo étnico Guarani-Kaiowá tem em sua territorialidade um “lugar” simbólico de convivência e sobrevivência. O histórico de confinamento e desterritorialização tem impactado os costumes tradicionais e gerado diversas mudanças culturais, pois os sentidos de cultura e território são indissociáveis para os Kaiowá.

Os *tekoha* estão intimamente ligados aos valores e à identidade do povo Kaiowá.

Os ritos e crenças não se restringem aos grupos Maxakali e aos Guaraní-Kaiowá, pois em todas as sociedades e culturas, o processo de socialização é marcado pela ocorrência de rituais de transição de uma fase à outra. Na cultura Kaiowá, por exemplo, o *Kunumi Pepy* é uma cerimônia de extrema importância para a construção da identidade pessoal, momento pelo qual o índio deixa de ser menino e ingressa na vida adulta, sendo preparado com os saberes que devem garantir a manutenção do modo de ser do grupo (SOUZA, 2009). Nessa perspectiva,

Os ritos e marcas corporais adotados durante as cerimônias de iniciação ou nas experiências de mudanças de uma fase a outra, nas várias etapas da vida, envolvem assim uma imagem corporal que o sujeito constrói de si mesmo e que mostra aos outros, tomando como referência original as imagens que lhes são transmitidas pelo grupo social com o qual se identifica. Sua própria imagem deve ser a apresentação da imagem de outros que por ele é refletida, o que lhe confere o sentimento de pertença ao grupo social e possibilita sua aceitação pelo mesmo (SOUZA, 2009, p.58).

À luz da análise da psicóloga social Helena Marieta Rath Kolyniak (2005) citada por Souza (2009), a corporeidade é uma configuração simbólica e material do ser. A destituição do lugar simbólico e representacional dos sujeitos e das suas manifestações tradicionais compromete a reafirmação identitária e manutenção da tradição. A depreciação do território ancestral, dos corpos e simbolismos indígenas incidem no declínio das práticas de iniciação que retroalimentam a manutenção da cultura ancestral e a construção da identidade pessoal.

Análise similar é feita por Staliano, Mondardo e Lopes (2019), que consideram o território como ponto fundamental para a saúde e reelaboração da cultura e dos modos de ser dos povos indígenas. Para algumas matrizes étnicas, o direito de viver ou morrer acha-se intimamente ligado à territorialidade na luta pela terra, pois é nesta que se concretizam as relações de poder/resistência, o contato com a natureza e o sistema de crenças ancestrais.

A violência coletiva, as tensões e perturbações sociais direcionadas aos grupos étnicos nativos têm gerado, segundo Oliveira e Lotufo Neto (2003), a instauração de patologias mentais e o aumento alarmante da taxa de suicídios. Alguns autores, inclusive, consideram que a realidade do grupo Guaraní-Kaiowá reflete uma calamidade social, sobretudo no que se refere ao campo da saúde mental.

Souza (2009) expõe que

Entre os jovens, é comum a preocupação com o alcoolismo, a violência e o suicídio

que, embora sejam mais frequentes em outras localidades, como na Reserva de Dourados, eventualmente acontecem também no Panambizinho. Durante meu trabalho de campo, ao longo do ano de 2008, ocorreram três casos de enforcamento. Vários jovens com quem conversei sobre isso se referiram à mudança dos costumes na aldeia e ao abandono dos valores tradicionais como causas do suicídio e do alcoolismo. Ao mesmo tempo, esses jovens entendem que essa mudança é inevitável e gostariam de estar melhor preparados para lidar com ela. Já na década de oitenta, acreditava-se que suicídios e atos violentos eram frequentes nas aldeias onde os meninos já não passavam pelo *Kunumi Pepy*. Não podendo amadurecer como pessoas, eles se entristecem, ficam sem referenciais e se enforcam (SOUZA, 2009, p.97, grifo nosso).

A colocação de Souza (2009), sobretudo o trecho em destaque, serve como indicativo dos aspectos envolvidos na progressão das ocorrências de suicídio entre os povos tradicionais. Um desses aspectos se refere à relação entre mudança e permanência cultural, ou seja, se faz necessário levar em conta que os processos bruscos de “transformação cultural” podem desencadear mecanismos de autoagressão. Os povos indígenas estão sendo desestruturados do seu modo de ser sem uma preparação cultural própria, uma vez que as construções culturais forjadas pela sociedade nativa têm fracassado no intento de elaborar respostas diante da alteração na dinâmica territorial e social que vem sofrendo.

Diante disso, é importante destacar que tentativas de suicídios não devem ser analisadas como uma doença ou patologia nos moldes clássicos. A realidade ilustrada se enquadra na busca por um sentido de identidade e um imaginário social convertido em sintoma, dada ausência de perspectiva de continuidade entre passado e futuro de um grupo em evidente desintegração cultural (MIOTO, 1994).

Batista e Zanello (2016) consideram que o suicídio nas populações indígenas é uma realidade pouco explorada, o que dificulta apontar os fatores causais e os modos de intervenção, com maior precisão. Em seus estudos, as autoras verificaram que publicações acerca da saúde mental das populações indígenas começaram a surgir em 2006, havendo um crescente nos anos de 2007, 2011 e 2012. Em 2007, a FUNASA promoveu a I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena, evento que deu lugar às bases da Portaria nº 2759 do Ministério da Saúde, que, por sua vez, estabelece as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. É nesta conjuntura histórica, palco da implantação de uma política de saúde para populações indígenas, que o tema saúde mental em contextos indígenas começou a ganhar visibilidade no Brasil.

Em relação à morte autoinfligida, observa-se que a etnia mais estudada é a Guarani,

Dado que reflete a maior visibilidade que esse grupo tem tido na mídia e nas

organizações pró-indígenas. Diante da condição de extrema vulnerabilidade em que se encontram, cada vez mais confinados em pequenos territórios, pressionados pelo agronegócio, convivendo com altos índices de suicídio e violência, os índios Guarani têm despertado também um olhar mais consistente de pesquisadores devido à condição de extremo desamparo a que estão submetidos (BATISTA; ZANELLO, 2016, p. 406).

Apesar das discordâncias quanto à realidade do suicídio nas populações nativas, em algumas pesquisas, tanto indígenas quanto pesquisadores consideram como causas prováveis para o suicídio entre os Guarani-Kaiowá as alterações no estado de saúde, justificando a análise com base em sinais de falta de consciência e confusão mental precedentes ao ato (BRAND, 1997 *apud* GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011).

A comparação traçada por Batista e Zanello (2016) a partir do levantamento de artigos acerca da saúde mental em contextos indígenas entre os anos de 1999 e 2012 revela que a pesquisa de Grubits, Freire e Noriega (2011), apesar de contar com psicólogos no corpo de pesquisadores, não problematiza o conceito de saúde mental nem o conceito de índio. “Essa característica foi observada, visto que um dos objetivos deste trabalho é constatar como tem sido a produção científica da área de psicologia quando se trata de questões indígenas” (BATISTA; ZANELLO, 2016, p. 408). Em termos gerais, metade dos artigos tabulados na pesquisa aponta a participação de pesquisadores psicólogos junto a pesquisadores de outras áreas da saúde mental, como antropólogos, psiquiatras e enfermeiros.

[...] (Grubits e Noriega, 2011) tenta compreender alguns motivos que levam jovens Guarani Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul a cometerem suicídio em um índice bem maior se comparado à sociedade não indígena. O artigo não discute o conceito específico de saúde mental nem o conceito de indígena, e não utiliza os critérios do DSM para pensar o suicídio entre os Guarani, valendo-se de critérios culturais e históricos para pensar o fenômeno. O artigo é um dos poucos que trazem a influência de questões psíquicas/subjetivas/psicológicas nas suas discussões, talvez por serem da área de psicologia e saúde mental (BATISTA; ZANELLO, 2016, p. 410).

Batista e Zanello (2016) atestam que Grubits, Freire e Noriega (2011) citam a importância das questões subjetivas e a influência da dinâmica cultural na explicação dos fenômenos. Outros estudos elencados pelas autoras tratam as questões de saúde mental como algo fixo, e não como uma construção cultural que eclode em resposta às demandas sociais emergentes. “Ou seja, há uma invisibilidade dos aspectos teóricos e sociais da definição da loucura em nossa própria cultura” (BATISTA; ZANELLO, 2016, p. 410). Em acepções mais amplas, a pesquisa demarca que as próprias categorias de saúde mental (e aspectos psíquicos, subjetivos e psicológicos) são construções cunhadas a partir de um referencial explicativo

ocidental, que pode ou não apresentar conformidade com os arquétipos de explicações indígenas.

Em estudo recente, dedicado à compreensão dos suicídios dos Guarani-Kaiowá na contemporaneidade, localizaram 100 reportagens que indicavam 105 ocorrências de suicídio no período entre 2002 a 2018. Os dados revelam que as reservas indígenas em que os Guarani-Kaiowá foram confinados, são cenário de violência, evidenciando-se, muitas vezes, a violência “institucional” e a violência “étnica e cultural” (STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019).

Nossa pesquisa revelou que a maioria dos indígenas que cometem suicídio são jovens adultos do sexo masculino, com maiores concentrações nas reservas indígenas de dois municípios do estado: Dourados (40%) e Amambai (21%). O suicídio por enforcamento (*jejuvy*), uma prática antiga entre os Kaiowá, é a categoria mais evidente (95%), seguido por outras duas formas bem menos incidentes, suicídio por arma de fogo (3%) e por envenenamento (2%). Em que medida pode-se pensar que a prática por enforcamento se relaciona simbolicamente ao ato de calar-se, por não ter voz, não ser ouvido, ser marginalizado e invisibilizado? Considerando os dados alarmantes de suicídios indígenas em Mato Grosso do Sul que esta pesquisa revelou e que já vinha sendo demonstrado por estudos anteriores e denunciado como genocídio coletivo por suas lideranças indígenas e entidades indigenistas, ressalta-se a necessidade de políticas públicas afirmativas com equipes multidisciplinares, com o envolvimento de diversos segmentos da sociedade (indígenas e não indígenas) e de pesquisadores de distintas áreas para promover um diálogo de saberes, como os psicólogos, no enfrentamento dessa questão de saúde de populações indígenas expostas, como os Guarani-Kaiowá (STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019, p. 18).

Os autores assinalam, ainda, que o suicídio dos povos indígenas perpassa por diferentes interpretações, comportando desde explicações orientadas pela cosmologia (feitiços, modos culturais de morrer, desterritorialização de seus *tekoha*) à inserção econômica marginal (STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019).

Sinteticamente, o que parece ser consensual na literatura é que, no Brasil, ainda são incipientes os estudos dedicados aos aspectos que levam à morte autoinfligidas dos povos indígenas. Pesquisas em etnias e nações diversas apontam invariavelmente para a importância dos fatores de risco vinculados à psicopatologia; além das dimensões cosmológicas, socioeconômicas e culturais (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

No âmbito das ações que têm sido desenvolvidas no sentido de fomentar as discussões acerca das demandas dos povos indígenas e demais comunidades tradicionais, é importante destacar o I Encontro da Rede de Articulação (ERA), realizado em setembro de 2018, na cidade de Guararema (SP). Esse encontro permitiu a abertura do diálogo com povos indígenas, quilombolas, tradicionais, de terreiro e em luta por território, aproximando o

trabalho da psicologia dessas populações. A perspectiva é de que haja um processo de descolonização do saber científico, haja vista que, historicamente, o contato com esses povos foi pautado pela dominação e pelo colonialismo. Acredita-se que a partir desse diálogo, da imersão cultural e da troca de saberes e experiências seja possível iniciar um processo de efetiva assistência a essas comunidades tradicionais.

6.3 Estratégias de prevenção à morte autoinfligida em populações indígenas

Grubits, Freire e Noriega (2011) classificam o suicídio como um sério problema de saúde pública no Brasil, com aumento de 60% na taxa de mortalidade nos últimos 45 anos. Etimologicamente o suicídio encontra-se relacionado a uma gama de fatores, de natureza sociológica, política, cultural, religiosa, econômica, genética, biológica, psicológica e psicopatológica. No entanto, não há consenso na afirmação de que uma determinada estrutura psicodinâmica ou de personalidade estejam diretamente vinculadas ao suicídio. Observa-se, contudo, a associação do ato a aspectos como desejo de ajuda, poder, vingança, punição, sacrifício, fuga, renascimento ou, ainda, de encontro com os mortos.

A psicopatologia é de extrema relevância na compreensão da gênese das ocorrências, cada vez mais numerosas, sendo que, em até 90% das ocorrências, há um diagnóstico psiquiátrico presente ou critérios que satisfaçam retrospectivamente a um diagnóstico em saúde mental (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

No que tange às teorias psicológicas, a primeira conceitualização do instinto de morte (*tanatus*) emerge com o psiquiatra e precursor da psicanálise, Sigmund Freud. Em seu escrito “Luto e Melancolia”, de 1917, o autor demarca que o suicídio representaria uma forma de agressão voltada para o íntimo, contra um objeto de amor introjetado e investido de forma ambivalente, além de um desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa (FREUD, 1953). Baseado nas idéias de Freud, Karl Menninger em “El Hombre Contra si Mismo” concebe três componentes de hostilidade envolvidos: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer (FREUD, 1953; MENNINGER, 1952 *apud* OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

Sob o ponto de vista psicológico, o suicídio engloba tanto a expressão de uma personalidade individual, de sua própria constituição, como fatores sociais e culturais, sistematizados na história do desenvolvimento, nas circunstâncias sociais e nas fantasias especiais sobre a morte e o pós-vida (CASSORLA, 1991 *apud* GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011).

No campo sociológico, Emile Durkheim alerta para o fato de que não devemos classificar e tratar da mesma forma o suicídio de uma pessoa com problemas mentais e o suicídio de pessoas que não apresentam indicativos de sofrimento psíquico. Ademais, dentro da tipologia durkheimiana do suicídio, o descenso social e a falência das crenças tradicionais são determinantes neste processo, devido uma provável interação de circunstâncias socioeconômicas e a vulnerabilização psicológica individual (DURKHEIM, 1893; BLOOR, 1980 *apud* OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

Grubits, Freire e Noriega (2011), embasados na concepção durkheimiana, corroboram a análise indicando que o meio ambiente é um determinante causal considerável nos casos de morte autoinfligida. Uma inclinação coletiva, expressa na taxa de suicídio, pode influenciar o indivíduo e pressioná-lo a matar-se. Enquanto as características da sociedade não se alteram, a taxa de suicídio na sociedade tende a ser estável.

Considerando que o fenômeno do suicídio indígena é mais prevalente na faixa etária entre 14 e 24 anos, é oportuno ressaltar que, para Mito (1994), a tentativa de suicídio do jovem não deve ser compreendida como uma doença ou patologia nos moldes clássicos. O ato suicida se enquadra na busca de um sentido de identidade, e o que deve estar presente é um sentido de continuidade entre passado e futuro, sendo que o jovem enfrenta tanto sua experiência passada quanto suas possibilidades futuras. “Cabe ressaltar que ter um passado desastroso, evidências adicionais de fracasso, especialmente dos pais, e casos de tentativa de suicídio também são relevantes” (GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011).

Especificamente na realidade indígena, Langdon (2007) considera precoce a avaliação da mortandade por suicídio, haja vista que o sistema de informação destas ocorrências enfrenta diversos problemas, impedindo uma avaliação do impacto, já que é difícil sistematizar, inclusive, a prevalência e distribuição de doenças entre a população nativa.

Oliveira e Lotufo Neto (2003) expõem que apesar da pouca confiabilidade dos dados e dos poucos recursos destinados à sistematização de coleta no Brasil, a FUNASA computou 6.594 casos no território nacional, em 1995, sendo a maior taxa entre a população de 20 a 39 anos. Para os autores, de todas as comunidades étnicas, os povos nativos indígenas possuem os piores indicadores em relação ao suicídio. Na etnologia brasileira, apesar de haver uma constância nas ocorrências de suicídio entre os Guaraní Apapokuva e os Urubu Kaapor, a questão somente veio à tona após ser tratado pela imprensa como uma “epidemia”, sobretudo entre os Guaranis alocados nas proximidades do município de Dourados (MS), a partir da década de 1980.

Na visão de Grubits, Freire e Noriega (2011), o suicídio entre os Guarani-Kaiowá retrata o contexto social e cultural, bem como as vivências compartilhadas na realidade do grupo. A sistematização dos fatores que levam ao suicídio é amplamente complexa, seja pela divergência na literatura, seja pelas interpretações diversas dos fenômenos narrados pelos nativos, notadamente multicausais,

Informantes, nos estudos de campo realizados por Brand (1997) com os Guarani-Kaiowá, colocam que os suicídios são provocados pela força de práticas de feitiço. Nos referidos relatos, é possível perceber o confronto entre o bem e o mal. Outro fenômeno que também podemos considerar nesses estudos é o da sugestão, que aparece nos estudos de diferentes correntes da Psicologia. O aumento de relatos e situações que envolvem o feitiço, levando-se em conta os componentes de autodestruição, aponta a desintegração cultural e a desorganização interna do grupo, sendo que este também atribui o suicídio ao fato de muitos jovens não passarem mais pelo rito de iniciação na passagem para a fase adulta (GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011, p. 513-514).

Em relação aos múltiplos fatores implicados no suicídio dos Guarani-Kaiowá, Grubits, Freire e Noriega (2011) analisam os estudos de Wicker (1997). As causas estariam, inicialmente, ligadas aos fatores culturais, sociais, econômicos e políticos, porém, buscando uma compreensão das pautas cognitivas e sua relação com a definição emergente do saber nativo, chegou-se ao conceito de *taraju* como aspecto central do problema, aspecto esse que tem sido objeto de várias interpretações e complexos estudos e que geralmente tem conotação de força oculta, destrutiva, assim como de dano espiritual, dificilmente tangível. O *taraju* representaria um estado mental que destitui o sujeito do controle de si mesmo. Os períodos de acometimento variam, segundo as oralidades locais, de duas a quatro semanas, com fases alternáveis, havendo dias de normalidade seguidos por períodos obscuros.

Outra informação, muito relevante como valor diagnóstico, foi o depoimento dos curados de *taraju* de que, no tempo da enfermidade, ficaram expostos a vozes e ruídos contra os quais não sabiam se defender e que os perseguiram de maneira constante. A vontade de matar-se, segundo todos, sem exceção, surgia dessas vozes e desses ruídos. O autor, nas suas conclusões, denomina o fato vivência psicótica, e sugere que um especialista poderia verificar se a paranóia responderia a uma estrutura endógena ou reativa, lembrando ainda que seria mais provável que fosse reativa, resultado de tensões psíquicas extremas, que, por sua vez, nos remetem à existência de conflitos não elaborados e não superados pelas pessoas afetadas no seu meio ambiente social (GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011, p.514).

Na cosmologia guarani, sem dúvidas, a visão de mundo, saúde, doença, vida e morte é complexa para o entendimento de modo geral. Sobre tudo se partirmos do ponto de que a própria concepção de educação e constituição da personalidade, de acordo com a cultura

tradicional, não segue os padrões mais comuns das sociedades não-indígenas. É possível presumir, seguindo algumas linhas teóricas, que o suicídio aparece como forma de expressão, dadas as dificuldades de comunicação dos povos indígenas em nível simbólico com o ambiente. Ainda assim, as pesquisas e revisões bibliográficas não apresentam subsídios para sustentarmos uma explicação acerca da origem dos conflitos vivenciados pelos Guarani-Kaiowá e a forma com que o coletivo os elabora. O que fica posto é que fatores ligados aos processos identitários, disputas territoriais, valores tradicionais e histórico-culturais (como os recursos, rituais e concepções de cura - cerimônias de transição, cantos e danças) compõem a problemática (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003; GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011).

Oliveira e Lotufo Neto (2003) consideram que na medida em que o suicídio pode ser explicado como expressão da psicopatologia, suscetível à intervenção, estaríamos diante da ocorrência de mortes potencialmente evitáveis. Uma revisão recente dos estudos sobre suicídio sugere que a melhoria do diagnóstico e do tratamento das doenças mentais seria uma excelente estratégia para a prevenção de novos casos na população geral. Mas cabe ressaltar que a própria noção de loucura está estruturada pelas culturas que cada povo expressa em seu modo de ser, assim uma definição de saúde e doença mental também deve levar em conta a visão de mundo desses povos.

Staliano, Mondardo e Lopes (2019) sugerem a criação e instituição do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Indígena, envolvendo atores institucionais, como a SESAI e a Secretaria Municipal de Saúde, além dos líderes religiosos, representados pelos *Ñhanderu* (rezador) e *Nhandecy* (rezadora). Trata-se de um modelo de assistência que preconize um cuidado com tratamentos e intervenções adequadas às particularidades da população indígena. Preconiza-se a valorização dos saberes tradicionais, dos rituais, e o respeito à cosmologia de cada grupo étnico, ou seja, “ressalta-se a necessidade de reconhecer a diversidade cultural destes povos e a sua dinâmica no tempo e no espaço, isto é, “escutar” os Guarani-Kaiowá para entender e atender as suas demandas por saúde, terra e território” (STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019, p.19).

Estamos, então, diante de uma problemática na qual se salienta a necessidade da disposição de programas preventivos e de tratamento, elaborados por profissionais de saúde mental. Entretanto, há que se considerar sempre a especificidade que cada grupo impõe para si. Daí a necessidade de mais pesquisas para a produção de dados particularizados na área da suicidologia, visando relevância cultural e sociológica na fundamentação das estratégias de prevenção e assistência em saúde mental (SANTORA; STARKEY, 1982; DESJARLIS, 1997 *apud* GRUBITS; FREIRE; NORIEGA, 2011, p.09).

Ademais, o conhecimento sobre os aspectos demográficos da população permite a elaboração de políticas públicas orientadas, não somente por taxas tradicionalmente utilizadas, mas também pelo próprio conhecimento das características desenvolvimentais das comunidades (BRASIL, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de investigar o suicídio indígena no Brasil, conforme apresentada na introdução desta dissertação exigiu, a priori, a imersão em dois universos complexos. O primeiro deles, mais familiar a este pesquisador, em decorrência da formação acadêmica em psicologia, refere-se ao desdobramento mais dramático e impactante da experiência do sofrimento psíquico: o suicídio. Nesse sentido, é oportuno salientar que, na clínica psicológica, não são raros os sujeitos que, em decorrência do desespero diante de conflitos psicoemocionais, relatam a recorrência de pensamentos suicidas, os quais muitas vezes se convertem em tentativas de fato, cujas consequências vão da morte propriamente dita até sequelas físicas e traumas psíquicos que os sobreviventes passam a carregar consigo.

O outro universo investigado, desconhecido pela grande maioria dos profissionais atuantes na área da saúde, inclusive no âmbito da psicologia, refere-se às proporções epidêmicas do suicídio entre povos indígenas no Brasil. Os dados estatísticos apresentados no decorrer desta dissertação constataam uma realidade crítica, que carece de intervenções urgentes por parte das instâncias governamentais brasileiras responsáveis pela saúde indígena.

Reconhecida a complexidade do tema proposto, esta pesquisa propôs investigar, à luz da literatura, os aspectos psicossocioculturais do suicídio em comunidades indígenas brasileiras. Especificamente, realizou-se, também, uma contextualização histórica do suicídio, entendendo-o como fenômeno multifatorial e inerente à própria condição humana. Após a apresentação dos antecedentes históricos, sociais e culturais do suicídio, a pesquisa debruçou-se sobre a problemática da morte autoprovocada entre índios brasileiros, apresentando um perfil epidemiológico a partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

No tocante ao capítulo introdutório, que propôs uma análise histórica e social do fenômeno do suicídio, verificou-se que, desde os primórdios da humanidade, o homem foi confrontado com questões existenciais complexas, dentre as quais se destaca a busca pelo sentido da vida, a angústia da morte e, também, o desejo de matar a si mesmo. Tema recorrente em estudos filosóficos e literários ao longo dos séculos, o suicídio já foi tratado como ato provocado pela influência de forças demoníacas, cuja consumação implica a perda da salvação da alma do suicida, interpretação que ainda hoje encontra respaldo em muitos discursos religiosos, sobretudo aqueles fundamentados em preceitos judaico-cristãos. Nesse sentido, muitas vezes o suicídio é assunto velado em muitos espaços, devido ao estigma e o

preconceito que dificultam a abordagem do assunto em suas variadas dimensões.

A literatura também faz referência aos ditos suicídios altruístas, conforme bem pontuou Èmile Durkheim, referindo-se àquelas mortes autoprovocadas em nome de valores e ideais nobres, normalmente vinculados a alguma crença religiosa. Até meados do século XVI, o discurso religioso foi praticamente hegemônico e centralizador no que se refere à interpretação do suicídio. Foi a partir do século XVII, que o assunto consegue extrapolar os limites da esfera religiosa e começa a receber outras interpretações, respaldadas no discurso médico-científico. O fato é que, independentemente da época, o suicídio sempre foi um assunto inquietante, indesejado, repellido e censurado. No entanto, o fenômeno cresce em todas as sociedades, sobretudo em populações jovens, demonstrando a urgente necessidade de debatê-lo, compreendê-lo para, então, buscar mitigar seus impactos sociais, econômicos e psicoemocionais.

No contexto das comunidades indígenas, tema deste estudo, a análise do suicídio assume nuances mais específicas, que extrapolam o domínio do discurso médico-científico, normalmente pautado no olhar etnocêntrico sobre os fenômenos. Nesse sentido, a pesquisa demonstrou que entre os índios, especificamente aqueles pertencentes à etnia Guaraní-Kaiowá, há uma estreita relação entre saúde (física e mental) e a manutenção dos seus espaços originários, denominados *tekohas*. Ou seja, a terra é, para esses povos, muito mais do que um espaço geograficamente delimitado; trata-se, sobretudo, de um ambiente sagrado, que lhes dão identidade, que os conecta com os seus antepassados e que lhes agrega sentido existencial.

Conforme foi abordado, a sacralidade que os Guaraní-Kaiowá atribuem aos seus territórios sagrados tem sido ignorada pelas políticas governamentais que propõem a demarcação dos territórios indígenas. Ao longo de várias décadas, conflitos entre índios e latifundiários, posseiros e fazendeiros têm gerado violência em suas diferentes manifestações, a ponto de alguns estudiosos defenderem a tese de que o Estado e a iniciativa privada, amparados pelo poder do agronegócio, estabelecem com os povos indígenas e outras comunidades tradicionais uma relação fundamentada na lógica necropolítica, caracterizada pela paulatina e deliberada negligência quanto ao atendimento das necessidades básicas dessas comunidades, com o intuito de fragilizá-las, explorá-las e exterminá-las, caso representem obstáculos à expansão dos seus interesses capitalistas.

Ainda nessa lógica da necropolítica, é oportuno resgatar aqui a perspectiva de Marx, ao comparar a sociedade e uma selva habitada por feras, cuja hostilidade conduz os homens ao desejo de matar a si mesmo. O suicídio seria, nessa perspectiva, o reflexo de uma

sociedade individualista, marcada pelo egocentrismo em detrimento do senso de coletividade e pertencimento.

Este estudo apontou, também, à luz da análise da psicologia social, que a destituição do lugar simbólico e representacional dos sujeitos e das suas manifestações tradicionais compromete a reafirmação identitária e manutenção da tradição. Nesse sentido, depreende-se que a violência coletiva, as tensões e perturbações sociais direcionadas aos grupos étnicos nativos têm gerado a instauração de patologias mentais e o aumento alarmante da taxa de suicídios. No caso específico dos Guarani-Kaiowá, muitos pesquisadores apontam a existência de um legítimo quadro de calamidade social, sobretudo no que se refere ao campo da saúde mental entre esses povos.

Ao estabelecer uma relação entre o crescimento do suicídio entre os Guarani-Kaiowá e a destituição dos seus espaços tradicionais (*tekohas*), percebeu-se a possibilidade de interpretar esse fenômeno a partir do conceito de anomia, proposto por Durkheim. Conforme já exposto, o suicídio anômico ocorre em períodos nos quais se verificam graves rearranjos no corpo social. O desajustamento diante de um novo contexto existencial impele os homens a se desapegarem de uma existência que para eles se apresenta insuportável. Considerando que os *tekoha* constituem condição *sine qua non* para manutenção da saúde e da identidade cultural dos índios Guarani-Kaiowá, é possível inferir que a ruptura com esses territórios sagrados e tão significativos para esses povos implica numa perda existencial angustiante e desoladora, da qual só percebem escape por meio do suicídio. Mas cabe ressaltar, que no caso em estudo, esses momentos anômicos são produzidos pelo Estado e pelo grande capital representado pelo agronegócio o que ressalta a perspectiva de uma necropolítica.

A busca pelos fatores determinantes do suicídio em comunidades indígenas também levou em consideração a dimensão cultural desses povos, especificamente no que concerne às interpretações que os índios atribuem a esse fenômeno. Nesse sentido, a literatura estudada apontou alguns aspectos peculiares, como o fato de que, para a etnia Guarani-Kaiowá, o sujeito suicida é concebido como vítima da ação de espíritos malévolos, decorrentes de ato de feitiçaria. Nesse aspecto, estudiosos citados nesta pesquisa destacam que, na perspectiva desses povos, o suicídio (ou *jejuvy*, conforme nomeiam), por ser causado por feitiços de terceiros, é interpretado como homicídio e não como ação voluntária do sujeito que põe fim à própria vida. Para esses povos, esse entendimento é mantido mesmo diante do exame médico-legal que comprova objetivamente que a morte foi autoprovocada.

Ainda no âmbito dos aspectos culturais inerentes ao suicídio indígena, constatou-se também na literatura investigada o conceito de *taraju* como aspecto central do problema,

referindo-se a um estado mental que destitui o sujeito do controle de si mesmo. Os períodos de acometimento variam, segundo as oralidades destacadas nos estudos aqui apresentados, de duas a quatro semanas, com fases alternáveis, havendo dias de normalidade seguidos por períodos obscuros, nos quais os enfermos afirmam ouvir vozes e ruídos contra os quais não sabem se defender e que os perseguem de maneira constante. Interessante destacar que tal fenômeno assume, para os povos indígenas, uma conotação de força oculta, destrutiva, assim como de dano espiritual, dificilmente tangível, ao passo que para a literatura psiquiátrica pode ser entendido como manifestação de um surto psicótico, obviamente dentro da perspectiva biomédica ocidental.

Conforme consta no livro “Hitupmã’ax: Curar”, citado nessa pesquisa referindo-se às narrativas dos índios Maxakali sobre suas representações de saúde e doença, é importante destacar que, apesar das especificidades históricas e de nomenclatura dos diversos povos indígenas sobre o processo de adoecimento emocional (*Inmoxã* para os Maxakali; *Iñaron* para os Urubu-Kaapor), as práticas e rituais de cura apresentam características culturais que não devem ser desconsideradas. Assim entende-se que há diferentes perspectivas de compreensão dos fenômenos de saúde/doença e que, apesar da hegemonia do discurso médico-científico, os aspectos culturais relacionados à concepção desses povos indígenas devem ser considerados quando se propõem intervenções que visam atendê-los em suas necessidades.

Ainda no tocante aos aspectos míticos envolvidos na concepção do suicídio indígena, foram oportunas neste estudo as contribuições de Darcy Ribeiro (1976), ao apresentar a narrativa mítico-religiosa de *Uirá*, um índio da etnia Urubu-Kaapor. Segundo esse antropólogo, o suicídio do personagem foi uma resposta estruturada pela cultura do povo dessa etnia, obviamente ativada pelas questões sociais concretas que envolveram a vida de *Uirá*, ou seja, a morte autoprovocada não seria uma resposta meramente patológica, mas o desdobramento da perspectiva de que viver se torna menos importante que morrer. Noutras palavras, o morrer de forma ritualística e espiritual seria a última resposta do modo de viver de *Uirá*, diante de uma realidade que impossibilita o modo verdadeiro de estar-no-mundo.

Esta investigação também buscou abordar a problemática do suicídio indígena pela ótica da psicopatologia. Nesse sentido, constatou-se que, para esse ramo da ciência, em até 90% das ocorrências de morte autoprovocada há um diagnóstico psiquiátrico presente ou critérios que apontam para a necessidade de intervenções em saúde mental, em caráter preventivo. Nessa perspectiva, os óbitos por suicídios seriam potencialmente evitáveis, desde que houvesse uma efetiva melhora do diagnóstico e do tratamento das doenças mentais que

acometem não apenas a população indígena, mas que têm sido cada vez mais recorrentes em diversos contextos socioeconômicos e culturais.

Assim, a proposta de prevenção ao suicídio em comunidades indígenas, na perspectiva psicopatológica, perpassa pela necessidade da disposição de programas preventivos e de tratamento, elaborados por profissionais de saúde mental, os quais devem ser devidamente capacitados para perceber e respeitar as particularidades culturais dessa população e, a partir disso, propor intervenções que considerem os saberes tradicionais e a ancestralidade desses povos.

Quanto ao objetivo de contribuir com a elaboração de políticas públicas voltadas para a questão da saúde mental indígena, é importante reconhecer as limitações práticas deste estudo, haja vista que se trata de um levantamento bibliográfico sem a proposição de uma intervenção pragmática. Contudo, isso não quer dizer que tal pesquisa não possa subsidiar ações e políticas voltadas para a saúde mental em comunidades indígenas. A exemplo do que ocorreu no I ERA citado neste texto, acredita-se que seja de suma importância promover o debate, trazendo em cena as demandas indígenas e de outras comunidades tradicionais, para o ambiente acadêmico, promovendo a troca de saberes e experiências com esses povos para, a partir disto, propor ações que estejam de fato articuladas com suas reais demandas.

Por fim, conclui-se que, conforme a premissa apresentada no início desta pesquisa e ratificada ao longo desta explanação teórica, o suicídio em comunidades indígenas brasileiras apresenta nuances complexas e multifacetadas, abrangendo aspectos de natureza social, cultural e psicopatológicos. A falta de uma pesquisa etnográfica nesse trabalho (devido a questão do tempo) não possibilitou o aprofundamento de questões que se mostram de suma relevância para a compreensão mais consistente do fenômeno analisado, como o discurso dos próprios indígenas e suas percepções sobre o suicídio. Assim, são oportunas e necessárias mais pesquisas para a produção de dados particularizados na área da suicidologia, que contemplem comunidades indígenas e outros povos tradicionais, visando contribuir com a formulação de políticas e estratégias de assistência em saúde mental a essas populações, as quais carecem de ações que legitimem e respeitem seus modos de vida e atendam satisfatoriamente seus direitos como cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Inês de (Org.). *Hitupma'ax/Curar*. Belo Horizonte: Editora de UFMG: Edições Cipó Voador, p. 05-30, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. **Suicídio**: informando para prevenir: Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. 55p.

AZEVEDO, Marta Maria. O suicídio entre os Guarani-Kaiowá. **Moitara – Revista Eletrônica da Fundação Araporã**, Edição Especial, v. 3, n. 2, p. 38-48, 2015.

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 4, p. 403-414, out/dez 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Risco de suicídio**: protocolo clínico. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio. Sistema Único de Saúde: Santa Catarina, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2p5mEdN>>. Acesso em: 08 jan. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Indígena: Análise da Situação de Saúde no SASISUS**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: <Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio: Saber, agir, prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017.

CAMUS, Albert. O mito do Sísifo. Rio de Janeiro: Record, 2004.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI. **Relatório - Violência contra os povos indígenas no Brasil – 2017**. Disponível em: <<https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/edicoes-anteriores/>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

DIAS, Gonçalves. **I-Juca Pirama**: seguido de Os timbiras. 5ª ed. São Paulo: L&MP, 1997.

DANTAS, Denise Souza. A significação da morte voluntária: estudo sobre o papel da mídia em suicídios contemporâneos. **Lumina**, Juiz de Fora, Facom/UFJF, v. 8, n. 1/2, p. 47-61 - jan/dez, 2005.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. 2ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2011.

FOTI, Miguel Vicente. A morte por *jejuvy* entre os guaranis do sudoeste brasileiro. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v. 1, n. 2, p. 45-72, dez. 2004.

GIMÉNEZ, F; QUINTEROS, A Q. El principio creador entre los Mbya. Suplemento Antropológico. **Revista Del Centro de Estudios Antropologicos. Universidad Catolica**, v. 27, n. 2, p. 31-86, 1992.

GRUBITS, Sônia; FREIRE Heloísa Bruna Grubits; NORIEGA, José Angel Vera. Suicídio de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, 504-17, 2011.

HEMMING, John. **Ouro vermelho**: A conquista dos índios brasileiros. São Paulo: EDUSP, 2007.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. A vida e a luta de Marçal de Souza Tupai. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/blog-do-monitoramento/a-vida-e-a-luta-de-marcal-de-souza-tupai>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

KEHL, Maria Rita. **O fio que dá sentido à vida**. Disponível em:<<https://cimi.org.br/2013/11/35542/>>. Acesso em 15 dez. 2019.

KUCZYNSKI, Evelyn. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 246-252, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0246.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

LANGDON, Esther Jean. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do

índio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-9, 2007. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/02.pdf>> Acesso em: 07 jan. 2020.

LEVCOVITZ, Sérgio. **Kandire**: o paraíso terreal – o suicídio entre índios guaranis do Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998. 264 p.

MARX, Karl. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamasso. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 207-215, 2009.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Tenerife: Melusina, 2011.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Sigma-Farma, 2004. 220 p.

MENDES, Lenniara Pereira. **Memória, prevenção e saúde**: suicídio entre o passado e o presente. 2015. 98p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr. 1998. Disponível em:<<https://bit.ly/2ZbYJJU>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINOIS, Georges. **História do suicídio**: a sociedade ocidental perante a morte voluntária. Coleção Teorema, série especial. Lisboa: Editora Teorema, 1998. 417 p.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Tese de doutorado. Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1994.

MONDARDO, Marcos. Territorialidades de insegurança e estratégias biopolíticas dos povos Guarani e Kaiowá na fronteira do Brasil com o Paraguai. Disponível em:<<https://journals.openedition.org/espacepolitique/4212>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MORAIS, Bruno Martins. **Do corpo ao pó: Crônicas da territorialidade Kaiowá e Guarani nas adjacências da morte** (Dissertação de mestrado). Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-23032016-134741/en.php>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.4-10, 2003. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20583.pdf> Acesso em: 07 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um imperativo global**. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PALOSCHI, Dom Roque. Na ausência da justiça, a violência cotidiana devasta as vidas dentro e fora das terras indígenas. In-: **Relatório - Violência contra os povos indígenas no Brasil – 2017**. Disponível em: <<https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/edicoes-antiores/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

RANGEL, Lúcia Helena; LIEBIGOTT, Roberto Antônio. O governo Temer legitimou a violência contra os povos indígenas. In-: **Relatório - Violência contra os povos indígenas no Brasil – 2017**. Disponível em: <<https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/edicoes-antiores/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

RIBEIRO, Darcy. **Uirá sai à procura de Deus: ensaios de etnologia e indigenismo**. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1976.

ROCHA, Paulo Ernesto Diaz. **Interdisciplinaridade e Ciências Ambientais: A articulação disciplinar e o potencial sócio-participativo da universidade**. UFRJ, Rio de Janeiro, p. 1-20, 2001.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 01-02, abr./jun., 2007.

SCLIAR, Moacir. O nascimento da melancolia. **Psicanálise e Cultura**, São Paulo, v. 31, n. 47, p. 133-138, 2008.

SOUZA, Ana Maria Melo e. **Ritual, identidade e metamorfose: representações do Kunumi Pepy entre os índios Kaiowá da aldeia Panambizinho** / Ana Maria Melo e Souza. – Dourados,

MS: UFGD, 2009.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n.1, p.145-159, 2016.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; FERREIRA, Luciane Ouriques. Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 1064-1076, 2014.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous brazilian municipality. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, p. 24-27, 2012.

STALIANO, Pâmela; MONDARDO, Marcos Leandro; LOPES, Roberto Chaparro. Onde e como se suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: Confinamento, Jejuvy e Tekoha. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2019, v. 39. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39nspe/1982-3703-pcp-39-spe01-e221674.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2019.

VIEIRA, Marina Guimarães. **Virando inmõxã**: uma análise integrada da cosmologia e do parentesco Maxakali a partir dos processos de transformação corporal. *Amazonica: Revista de Antropologia*, v. 1, p. 308-329, 2009. <Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/300>> Acesso em: 08 jan. 2020.